

追加加入申込書の記入例



記入にあたっては、**黒のボールペン(消せるペンは使用不可)**ではっきりと記入してください。
下の例にならって、必要事項をすべて記入してください。

1

- 申込日(告知日)に追加加入申込書および質問表の回答を記入した日を記入してください。
- 契約者氏名をご本人さまの自署でご記入ください。
- 契約者の氏名・生年月日・電話番号・住所等の印字内容に訂正がある場合は当会へお問い合わせください。

1 印字内容をご確認いただき、契約者氏名と申込日(告知日)をご記入ください。

契約者氏名(組合員) 自署	共済 太郎		「ご契約のてびき」の内容(解約返戻金の有無、子ども保障タイプの自動移行のしくみなどを)について了承し、申し込みます。		申込日(告知日)	西暦 20 23年 10月 15日
氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎	生年月日(西暦)	1986.04.05	性別	1.男 2.女 1	日中のご連絡先(携帯電話など) 1.携帯・自宅 2.その他 1 090-9999-9999
現住所	151-8571 東京都渋谷区代々木2-12-10					

!

● すべての質問に必ず回答してください。該当する場合は、回答欄の該当項目「あり」を選択のうえ、該当番号をのりなくご記入ください。いずれにも該当しない場合は、「なし」を必ず選択してください。

2 太枠内のご希望の追加加入タイプ欄の□に✓を記入して、共済掛金額・質問表への回答をご記入ください。裏面の「質問表」の該当項目について「なし」「あり」のいずれかを選択し、「あり」の場合、該当する番号をのりなく記入してください。

現在のこくみん共済ご加入タイプとおすすめタイプのご案内	契約者との続柄	被共済者氏名	生年月日(西暦)	性別	おすすめの追加加入タイプ	追加するタイプの合計掛金	質問表回答欄
現在の加入：こくみん共済の加入はございません。 おすすめは：終身医療・先進医療あり 医療保障(2口) 総合保障(2口) 入院や手術の保障が一生継続「終身医療保障タイプ(先進医療あり)」をおすすめします。 入院・通院・手術はもちろん先進医療も保障する「医療保障タイプ(2口)」をおすすめします。 入院から死亡保障まで、幅広く備える「総合保障タイプ(2口)」をおすすめします。	0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 5.兄弟姉妹 6.兄弟姉妹 0 (00)	フリガナ 氏名 キョウサイ タロウ 共済 太郎	1986.04.05	1.男 2.女 1	<input checked="" type="checkbox"/> 終身医療・先進医療あり (月掛金 2,490円) <input type="checkbox"/> 医療保障(2口) (月掛金 2,300円) <input checked="" type="checkbox"/> 総合保障(2口) (月掛金 1,800円)	A 4,290 2,490 円	該当項目 なし あり 10
現在の加入：医療保障(2口) おすすめは：終身医療・先進医療あり 総合保障(2口) 入院や手術の保障が一生継続「終身医療保障タイプ(先進医療あり)」をおすすめします。 入院から死亡保障まで、幅広く備える「総合保障タイプ(2口)」をおすすめします。	0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 5.兄弟姉妹 6.兄弟姉妹 1 (01)	フリガナ 氏名 キョウサイ ハナコ 共済 花子	1986.05.23	1.男 2.女 2	<input type="checkbox"/> 終身医療・先進医療あり (月掛金 2,360円) <input checked="" type="checkbox"/> 総合保障(2口) (月掛金 1,800円)	B 円	該当項目 なし あり
現在の加入：傷害60歳 おすすめは：終身医療・先進医療あり シニア医療保障 シニア総合保障 入院や手術の保障が一生継続「終身医療保障タイプ(先進医療あり)」をおすすめします。 病気やけがの入院に備える「シニア医療保障タイプ」のご加入は満69歳までとなります。 入院から死亡保障まで、幅広く備える「シニア総合保障タイプ」のご加入は満69歳までとなります。	0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 5.兄弟姉妹 6.兄弟姉妹 4 (02)	フリガナ 氏名 キョウサイ リョウコ 共済 良子	1954.10.10	1.男 2.女 2	<input type="checkbox"/> 終身医療・先進医療あり (月掛金 5,820円) <input type="checkbox"/> シニア医療保障 (月掛金 2,000円) <input checked="" type="checkbox"/> シニア総合保障 (月掛金 2,000円)	C 2,000 円	該当項目 なし あり

※「現在の加入」は、予定発効日(2024年1月1日)時点の加入タイプを記載しています。 ※ご契約内容等によっては、追加加入のおすすめを表示していない場合があります。

3 新しくご家族の保障を追加する場合は、以下にご記入ください。 続柄・被共済者氏名・生年月日・性別をご記入のうえ、ご希望の加入タイプ・合計掛金額・質問表への回答をのりなく記入ください。

契約者との続柄	被共済者氏名	生年月日	性別	申し込みをされるタイプの□に✓をご記入ください。各タイプに加入いただけるのは、保障開始日時点における下記の年齢範囲(満年齢)の方です。	申し込みタイプの合計掛金	質問表回答欄						
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 5.兄弟姉妹 6.兄弟姉妹 2 共済 次郎	フリガナ 氏名 キョウサイ ジロウ	昭和 平成 令和 19 20 15年 12月15日	男 1 女 2	終身医療保障タイプ(先進医療特約あり) [満15歳~満80歳] 掛金もご記入ください。 <input type="checkbox"/> () 円 掛金は、同封のリーフレットでご確認ください。	医療保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] <input type="checkbox"/> 2,300円 医療保障60歳タイプ(2口) [満60歳~満64歳] <input type="checkbox"/> 2,300円	総合保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] <input type="checkbox"/> 1,800円 総合保障60歳タイプ(2口) [満60歳~満64歳] <input type="checkbox"/> 1,800円	子ども保障タイプ [0歳~満17歳] <input checked="" type="checkbox"/> 1,200円	シニア医療保障タイプ [満65歳~満69歳] <input type="checkbox"/> 2,000円 シニア総合保障タイプ [満65歳~満69歳] <input type="checkbox"/> 2,000円	傷害タイプ [0歳~満59歳] <input type="checkbox"/> 1,000円 傷害60歳タイプ [満60歳~満79歳] <input type="checkbox"/> 1,000円	+ プラスタイプ がん保障プラス [満18歳~満49歳] <input type="checkbox"/> 1,400円 個人賠償プラス [0歳~] <input type="checkbox"/> 200円 ※単独加入はできません	D 1,200 円	該当項目 なし あり
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 5.兄弟姉妹 6.兄弟姉妹 <input type="checkbox"/>	フリガナ 氏名 名	昭和 平成 令和 19 20 年 月 日	男 1 女 2	終身医療保障タイプ(先進医療特約あり) [満15歳~満80歳] 掛金もご記入ください。 <input type="checkbox"/> () 円 掛金は、同封のリーフレットでご確認ください。	医療保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] <input type="checkbox"/> 2,300円 医療保障60歳タイプ(2口) [満60歳~満64歳] <input type="checkbox"/> 2,300円	総合保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] <input type="checkbox"/> 1,800円 総合保障60歳タイプ(2口) [満60歳~満64歳] <input type="checkbox"/> 1,800円	子ども保障タイプ [0歳~満17歳] <input type="checkbox"/> 1,200円	シニア医療保障タイプ [満65歳~満69歳] <input type="checkbox"/> 2,000円 シニア総合保障タイプ [満65歳~満69歳] <input type="checkbox"/> 2,000円	傷害タイプ [0歳~満59歳] <input type="checkbox"/> 1,000円 傷害60歳タイプ [満60歳~満79歳] <input type="checkbox"/> 1,000円	+ プラスタイプ がん保障プラス [満18歳~満49歳] <input type="checkbox"/> 1,400円 個人賠償プラス [0歳~] <input type="checkbox"/> 200円 ※単独加入はできません	E 円	該当項目 なし あり

※3名以上のお申し込みをご希望の場合は、当会までお問い合わせください。

4 追加加入される方 **全員の合計掛金額(A+B+C+D+E)**をご記入ください。 上記以外のタイプのお申し込みをご希望の場合は、当会までお問い合わせください。 **共済掛金額 合計 7,490円**

2

- 加入される方(被共済者)の続柄・氏名・生年月日・性別等の印字内容をご確認ください。訂正がある場合は、当会へお問い合わせください。
- 追加申し込みをされるタイプの□に✓をご記入ください。
- 被共済者ごとの合計掛金をA・B・Cにご記入ください。

3

- 新たにご家族が加入される場合、加入される方(被共済者)の続柄・氏名・生年月日・性別等、必要事項をのりなくご記入ください。
- 契約者本人が被共済者となる場合も必ず記入してください。
- 申し込みをされるタイプの□に✓をご記入ください。
- 終身医療保障タイプ<先進医療特約あり>にお申し込みの際は、□に✓を記入し、リーフレットの掛金表をご覧ください。
- 被共済者ごとの合計掛金をD・Eにご記入ください。
- ※タイプによっては、組み合わせ加入できない場合があります。詳しくは、リーフレット等をご確認ください。
- ※加入できる年齢に制限があります。保障開始日[2024年1月1日]時点の満年齢に該当するタイプをお選びください。

4

- お申し込みになる契約すべての共済掛金の合計額を記入してください。
※当会指定の振替日に、現在振り替えている掛金と、この「共済掛金合計額」を合算して、ご指定口座から振り替えいたします。

追加加入以外のお手続きをご希望の場合は当会までお問い合わせください。

訂正印
について

例

2,490



押印

4,290
~~2,490~~ 共済

または

自署

4,290
~~2,490~~ 共済太郎