

# 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・現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	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、こども保障タイプの自動移行のしきみなどを含む)について了承し、申し込みます。				申込日 (告知日)	西暦 20 25 年 10 月 15 日	
	氏名	キヨウサイ タロウ 共済 太郎	生年月日(西暦)	性別	1.男 2.女	日中のご連絡先(携帯電話など)	1.携帯・自宅 2.その他	現住所	151-8571 東京都渋谷区代々木2-12-10
		1986.04.05	1	1	090-9999-9999				

!

- 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、該当番号をすべてご記入ください。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

- 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。

- 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。

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				おすすめの追加加入タイプ				追加するタイプの合計掛金
被共済者	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			該当項目
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 6.兄弟姉妹 0 ( 00 )	フリガナ キヨウサイ タロウ	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 2,560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 4,360 <del>2,560</del> 共済 円 10
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 6.兄弟姉妹 1 ( 01 )	フリガナ キヨウサイ ハナコ	1986.05.23	1.男 2.女	2	<input type="checkbox"/> 終身医療・先進医療あり (月掛金 2,400円)	<input checked="" type="checkbox"/> 総合保障(2口) (月掛金 1,800円)	<del>終身医療・先進医療あり (月掛金 2,400円)</del>	B
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 6.兄弟姉妹 4 ( 02 )	フリガナ キヨウサイ リョウコ	1958.10.10	1.男 2.女	2	<input type="checkbox"/> 終身医療・先進医療あり (月掛金 5,390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

\*「現在の加入」は、予定発効日(2026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・質問表への回答をもれなく記入ください。										該当項目	
被共済者	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✓を記入ください。						合計掛金
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 6.兄弟姉妹 該当の番号を記入ください [ 2 ]	フリガナ キヨウサイ ジロウ	1986.04.05	1.男 2.女	1	<input type="checkbox"/> 終身医療保障タイプ(先進医療特約あり) [満15歳～満80歳] 掛け金もご記入ください。	<input type="checkbox"/> 医療保障タイプ(2口) [満18歳～満59歳] □ 2,300円	<input type="checkbox"/> 総合保障タイプ(2口) [満18歳～満59歳] □ 1,800円	<input type="checkbox"/> こども保障タイプ [0歳～満17歳] □ 2,000円	<input type="checkbox"/> シニア医療保障タイプ [満65歳～満69歳] □ 1,000円	<input type="checkbox"/> 傷害タイプ [0歳～満59歳] □ 1,000円	+ プラスチック D 1,200 円
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 6.兄弟姉妹 該当の番号を記入ください [ 2 ]	フリガナ キヨウサイ 次郎	1986.05.23	1.男 2.女	2	<input type="checkbox"/> 医療保障60歳タイプ(2口) [満60歳～満64歳] 掛け金は、同封のリーフレットでご確認ください。	<input type="checkbox"/> 総合保障60歳タイプ(2口) [満60歳～満64歳] □ 2,300円	<input checked="" type="checkbox"/> 1,200円	<input type="checkbox"/> シニア総合保障タイプ [満65歳～満69歳] □ 1,800円	<input type="checkbox"/> 傷害60歳タイプ [満60歳～満79歳] □ 2,000円	<input type="checkbox"/> がん保障プラス [満18歳～満49歳] □ 200円	E 200 円
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 6.兄弟姉妹 該当の番号を記入ください [ 2 ]	フリガナ キヨウサイ	1958.10.10	1.男 2.女	2	<input type="checkbox"/> 医療保障60歳タイプ(2口) [満60歳～満64歳] 掛け金は、同封のリーフレットでご確認ください。	<input type="checkbox"/> 総合保障60歳タイプ(2口) [満60歳～満64歳] □ 2,300円	<input type="checkbox"/> 1,200円	<input type="checkbox"/> シニア総合保障タイプ [満65歳～満69歳] □ 2,000円	<input type="checkbox"/> 傷害60歳タイプ [満60歳～満79歳] □ 1,000円	<input type="checkbox"/> がん保障プラス [満18歳～満49歳] □ 200円	D 200 円

\*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。

共済掛金 合計 7,560 円

訂正印  
について

記入内容を変更・訂正する場合は、二重線で修正のうえ、訂正印を押印または自署してください。

例 2,560 → 4,360 または 4,360  
2,560 共済

4

- お申し込みによ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、現在振り替えしている掛金と、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ていただけます。

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。