

既加入者で変更・追加がある方

◆印字されている内容と相違なければ、ご提出は不要です。

令和
年 月 日

加入者は、募集文書または提供ジャンの公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp)に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の方(被保険者等)より必要な同意を得たうえ、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。

令和 8 年 3 月 1 日から
令和 9 年 3 月 1 日まで

(帳票 5 4 3 5 6 - 3)

912510N195

〒 753-0072	083-XXXX-XXXX	090-XXXX-XXXX
ヤマグチケン ヤマグチシ オオテマチ 9-1-1 セントチョウ 7-11		
山口県山口市大手町9-1-1 泉都町 7-1-1		
共済 太郎		
変更の場合は、抹消のうえ、変更後の内容をご記入下さい。		
キョウサイ タロウ		
性別 ① 男	② 女	生年月日 ③ 大正 ④ 昭和 ⑤ 平成 ⑥ 令和 ××年 5 月 1 日

521 所属所名	キョウサイ
522 所属所コード	0091
523 管理番号	
524 所属部署名	ソウムカ
525 組合員番号	XXXXXX

★疾病による学業費用補償特約のセット

※加入者合計(シート計)保険料を必ずご記入ください。

部課署名に変更があれば、ご記入ください。

2,500 6,120

キョウサイ タロウ 共済 太郎	③ 5 1 △△才別 ① 男	ジムショク	おすすめコース 560	前年同条件コース 560	新規・変更コース ① GB 2,040
キョウサイ ハナコ 共済 花子	③ 6 15 △△才別 ① 男	パート	おすすめコース 562	前年同条件コース 562	新規・変更コース ① A 1 1,220
キョウサイ イチロウ 共済 一郎	③ 7 20 △△才別 ① 男	ガクセイ	おすすめコース 564	前年同条件コース 564	新規・変更コース ① P1 1 540

前年同条件コースからの変更をご希望の際は、前年同条件を抹消のうえ、新規・変更コースに○をご記入ください。
合わせて、ご希望の型・保険料をご記入ください。

新・団体医療保険に新たにご加入の方は加入依頼書の後部に添付の「健康状態に関する告知書」を合わせてご提出ください。

新・医療保険のみまたは、傷害保険のみでご加入いただくことも可能です。

記載例