

団体契約加入依頼書

FLEX

加入者は、募集文書または損保ジャパ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者（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。

証券番号 9 | 1 | 2 | 4 | 1 | 0 | G | 1 | 5 | 9

団体名 山口県市町村職員共済組合

保険期間 令和 6 年 7 月 1 日から
令和 7 年 7 月 1 日まで

健康告知事項 ~所得補償保険・団体長期障害所得補償保険
団体用医療保険にご加入の場合
新規加入される方、あるいは加入内容もしくは告知事項に変更のある方は、別途所定の告知書をご記入願います。

★疾病による学業費用補償特約セットの場合 被保険者の学校の種類が複数になる場合は、該当するものすべてに○をしてください。
① 小学校入学前 ② 小学校
③ 中学校、高校 ④ 大学 ⑤ その他

加入者合計 千円 円
保険料 (シート計) 千円 円
※分割払は1回分
中途加入の場合記入 即時追加保険料 千円 円

明細整理番号の使用方法は契約によって異なりますので内容をご確認のうえご記入ください。

521 所属コード 明細整理番号1
522 職員番号 明細整理番号2
523 明細整理番号3
524 明細整理番号4
525 明細整理番号5

<漢字>
KG6 明細整理番号6
KG8 明細整理番号7

申込日 令和 年 月 日 加入者住所・氏名、被保険者氏名のフリガナは必ずご記入ください。

住所 漢字 フリガナ
氏名 漢字 フリガナ
性別 (1)男 (2)女 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令 年 月 日生
扶養者 フリガナ 加入者と異なるときのみ記入 (傷害総合のみ)

加入者ご署名またはご捺印欄
告知義務などの内容を確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を依頼します。
署名欄(法人の場合はご捺印)

訂正 (あり)

氏名	性別	傷害別	型	口数	保険料	即時追加保険料
1 ① 氏名 加入者と同じ場合は記入不要です。	(1)男 (2)女		800 型 802 型 804 型 806 型 808 型	801 □ 803 □ 805 □ 807 □ 809 □	0A0 千円 0A2 千円 円 0A4 千円 円 0A6 千円 円 0A8 千円 円	0A1 千円 円 0A3 千円 円 円 0A5 千円 円 円 0A7 千円 円 円 0A9 千円 円
2 氏名	(1)男 (2)女		810 型 812 型 814 型 816 型 818 型	811 □ 813 □ 815 □ 817 □ 819 □	0E0 千円 円 0E2 千円 円 円 0E4 千円 円 円 0E6 千円 円 円 0E8 千円 円	0E1 千円 円 円 0E3 千円 円 円 0E5 千円 円 円 0E7 千円 円 円 0E9 千円 円
3 氏名	(1)男 (2)女		820 型 822 型 824 型 826 型 828 型	821 □ 823 □ 825 □ 827 □ 829 □	0J0 千円 円 0J2 千円 円 円 0J4 千円 円 円 0J6 千円 円 円 0J8 千円 円	0J1 千円 円 円 0J3 千円 円 円 0J5 千円 円 円 0J7 千円 円 円 0J9 千円 円
4 氏名	(1)男 (2)女		830 型 832 型 834 型 836 型 838 型	831 □ 833 □ 835 □ 837 □ 839 □	0N0 千円 円 0N2 千円 円 円 0N4 千円 円 円 0N6 千円 円 円 0N8 千円 円	0N1 千円 円 円 0N3 千円 円 円 0N5 千円 円 円 0N7 千円 円 円 0N9 千円 円

補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VH0 群コード	VH1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VH5 群コード	VH6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VL0 群コード	VL1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VL5 群コード	VL6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VP0 群コード	VP1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VP5 群コード	VP6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VSO 群コード	VSI 疾病名
2 種目名称	種目コード
VSS 群コード	VSS 疾病名

種目コードは裏面に掲載の保険種類コード表を参照してください。

520 ★他の保険契約等(注) (9)別紙
517 受取人指定・被保険者同意 (9)別紙
518 住宅の所在地 (9)別紙
519 扶養者住所氏名 (9)別紙
526 (9)脱退 (印)
527 (1)前頁からの続き

確認	021	024	025	022
① 指示				
② 不備				

(重要)★項目は告知事項です。事実と異なる内容を記載した場合は、契約を解除し保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。
(注意)1.死亡保険金は被保険者の法定相続人にお支払いします。死亡保険金受取人について特定の方法を定める場合は、所定の方法により、被保険者の同意の確認手続きが必要です。
2.所得補償保険で事業主費用補償特約にセットで加入する場合は、加入依頼書は使用できません。

(注)「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部について支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。
※傷害保険の場合、個人用傷害所得総合保険、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。
※所得補償保険、団体長期障害所得補償保険の場合、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。
※団体用医療保険の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種高層の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。
※個人賠償責任保険、ゴルフ保険、ハンター保険の場合、個人賠償責任総合保険、ゴルフ保険、個人賠償責任保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

団体契約加入依頼書

FLEX

加入者は、募集文書または損保ジャパ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者(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。

証券番号 9 1 2 4 1 0 G 1 5 9

申込日 令和 年 月 日 加入者住所・氏名、被保険者氏名のフリガナは必ずご記入ください。

明細整理番号の使用方法は契約によって異なりますので内容をご確認のうえご記入ください。

住所 〒753-0072 (自宅) 083 (922) 0123 (携帯)

フリガナ ヤマグチシ オオテマチ 9-1-1

漢字 山口市 大手町 9-1-1

氏名 漢字 共済 太郎

フリガナ キョウサイ タロウ

性別 (1)男 (2)女 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令 年 月 日生

扶養者 フリガナ 加入者と異なるときのみ記入 (傷害総合のみ)

521 所属コード 0001 明細整理番号1

522 職員番号 000123 明細整理番号2

523 明細整理番号3

524 明細整理番号4

525 明細整理番号5

526 明細整理番号6

527 明細整理番号7

団体名 山口県市町村職員共済組合

保険期間 令和 6 年 7 月 1 日から 令和 7 年 7 月 1 日まで

組合員証の「記号」4ケタ
組合員証の「番号」6ケタ

導補償保険・団体長期障害所得補償保険・団体用医療保険にご加入の場合、される方、あるいは加入内容もしくは告知事項ある方は、別途所定の告知書をご記入願います。

業費用 被保険者の学校の種類が複数になる場合は、該当するものすべてに○をしてください。
 補償特約セットの場合 (1)小学校入学前 (2)小学校 (3)中学校、高校 (4)大学 (5)その他

ご署名はフルネームをお願いします。

加入者合計 千 円 即時追加保険料 千 円

中途加入の場合記入

被保険者氏名	性別	傷害別	型	口数	保険料 (分割払は1回分)	即時追加保険料
1 氏名 漢字 加入者と同じ場合は記入不要です。	(1)男 (2)女		800 A	801 1	0A0 千 4000	0A1 千
2 氏名 漢字	(1)男 (2)女		810	811	0E0 千	0E1 千
3 氏名 漢字	(1)男 (2)女		820	821	0J0 千	0J1 千
4 氏名 漢字	(1)男 (2)女		830	831	0N0 千	0N1 千

補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VH0 群コード	VH1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VH5 群コード	VH6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VL0 群コード	VL1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VL5 群コード	VL6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VP0 群コード	VP1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VP5 群コード	VP6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VSO 群コード	VSI 疾病名
2 種目名称	種目コード
VSS 群コード	VSS6 疾病名

520 ★他の保険契約等(注) (9)別紙

517 受取人指定・被保険者同意 (9)別紙

518 住宅の所在地 (9)別紙

519 扶養者住所氏名 (9)別紙

526 (9)脱退 (印)

前頁からの続き 527 (1)

整理番号

特殊	①	②	確認	021
指示	不備			024
				025
				022

(重要)★この項目は告知事項です。事実と異なる内容を記載した場合は、契約を解除し保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

(注意)1. 死亡保険金は被保険者の法定相続人にお支払いします。死亡保険金受取人について特定の方法を定める場合は、所定の方法により、被保険者の同意の確認手続きが必要です。

2. 所得補償保険で事業主費用補償特約にセットで加入する場合は、加入依頼書は使用できません。

種目コードは裏面に掲載の保険種類コード表を参照してください。