

新規でご加入の方

「加入依頼書」加入依頼書

申込日 令和 年 月 日

加入者は、募集要項または損保ジャパンの公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp)に掲載の個人情報等の取扱いを確認し、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 6 年 3 月 1 日から
令和 7 年 3 月 1 日まで

(帳票 5 4 3 5 6 - 3)

912310N195

☎(連絡先) 083-xxxx-753-0072 090-xxxx-

ヤマグチケン ヤマグチシ オオテマチ 9-11

山口県山口市大手町9-11

氏名 共済 太郎

加入者ご署名または捺印欄
加入者ご署名または捺印欄
加入者ご署名または捺印欄

法人名 キョウサイ タロウ

性別 男 生年月日 大正 昭和 平成 令和 xx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
あり
ありの場合、学校の種類を裏面に記入

扶養者氏名

*加入者合計(シート計)保険料を必ずご記入ください。

3,390

加入者	傷害総合保険	新・団体医療保険
キョウサイ タロウ 共済 太郎 ジムシヨク xx51 性別 男 年齢 51	おすすめコース 560 前年同条件コース 560 新規・変更コース A 1,190	おすすめコース 561 前年同条件コース 561 新規・変更コース P1 1 1,100
キョウサイ ハナコ 共済 花子 パート xx615 性別 男 年齢 615	おすすめコース 562 前年同条件コース 562 新規・変更コース 810 型811	おすすめコース 563 前年同条件コース 563 新規・変更コース P1 1 1,110
(加入者ご関係) 本人 おすすめコース 564 前年同条件コース 564 新規・変更コース 830 型831	おすすめコース 564 前年同条件コース 564 新規・変更コース 830 型831	おすすめコース 565 前年同条件コース 565 新規・変更コース 832 型835
(加入者ご関係) 配偶者 おすすめコース 566 前年同条件コース 566 新規・変更コース 830 型831	おすすめコース 566 前年同条件コース 566 新規・変更コース 830 型831	おすすめコース 567 前年同条件コース 567 新規・変更コース 832 型835

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

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。

申込日 令和 年 月 日

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 6年 3月 1日から
令和 7年 3月 1日まで

(帳票 5 4 3 5 6 - 3)

912310N195

〒 753-0072 宅 083-x x x - 部 090-x x x x -
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 7-11
加入者氏名 共済 太郎
法人名 キョウサイ タロウ
性別 ① 男 ② 女 生年月日 ② 大正 ③ 昭和 ④ 平成 ⑤ 令和 x x 年 5 月 1 日

変更の場合は、抹消のうえ、変更後の内容をご記入下さい。

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 x x x x x x

★疾病による学業費用補償特約のセット
扶養者氏名
*加入者合計(シート計) 保険料を必ずご記入ください。
2,500 6,090

部課署名に変更があれば、ご記入ください。

カナ漢字 キョウサイ タロウ 共済 太郎
ジムシヨク
② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
x x 5 1 男 女

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。

前年同条件コース 560 G-1 4,310
新規・変更コース GB 2,040 P2 1 940

カナ漢字 キョウサイ ハナコ 共済 花子
パート
② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
x x 6 15 男 女

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。

前年同条件コース 562 A 1 1,190
新規・変更コース P1 1 1,380

カナ漢字 キョウサイ イチロウ 共済 一郎
ガクセイ
② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
x x 7 20 男 女

前年同条件コース 564
新規・変更コース P1 1 540

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