

新規でご加入の方

「加入依頼書」

申込日 年 月 日

加入者は、募集要項または関係者の公式サイト(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で、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

912510N195

〈帳票 5 4 3 5 6 - 3〉

〒 753-0072	083-×××-〇〇〇〇	090-××××-〇〇〇〇
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		
共済 太郎		
加入者ご署名または捺印欄		
キョウサイ タロウ		
性別	男	生年月日 大正 昭和 平成 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	××××××

★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。

3,310

キョウサイ タロウ 共済 太郎	ジムショク	傷害総合保険	新・団体医療保険
×× 5 1 △△才	性別 男	おすすめコース 560 前年同条件コース 560 新規・変更コース 800 型801口 A 1,200	おすすめコース 561 前年同条件コース 561 新規・変更コース 802 型803口 P1 1 1,100
キョウサイ ハナコ 共済 花子	パート	傷害総合保険	新・団体医療保険
×× 6 15 △△才	性別 男	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口	おすすめコース 563 前年同条件コース 563 新規・変更コース 812 型813口 P1 1 1,010
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。		傷害総合保険	新・団体医療保険
1:本人 2:配偶者 3:子供 4:親 5:兄弟姉妹 6:その他同居親族 7:他職員の家族		おすすめコース 564 前年同条件コース 564 新規・変更コース 824 型825口	おすすめコース 565 前年同条件コース 565 新規・変更コース 826 型827口
1:本人 2:配偶者 3:子供 4:親 5:兄弟姉妹 6:その他同居親族 7:他職員の家族		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口	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833口

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。

記載例