

申込書記入方法 (新規加入しない場合) ~STEP1.2をご確認ください~

未加入者用

STEP 1

「ライフサポート」の今年度の改訂点とご自身のおすすめコースをご確認ください

| 遺族サポートプラン・遺族サポートロング | |
|---|---|
| ベストプラン | ベタープラン |
| <p>死亡・高度障害のとき、障害状態(障害年金1級)のとき (給付イメージ)</p> <p>① 遺族サポートプラン コース 年金原資 万円 内/月払 万円 内/半払 万円</p> <p>② 遺族サポートロング コース 年金原資 万円</p> <p>公的障害年金2級の場合は障害初期給付のみ保障の対象となります。</p> <p>遺族サポートプラン 月額給付 約 万円 × 受取期間 年間 または 一時金 万円</p> <p>遺族サポートロング 月額給付 約 万円 × 受取期間 年間 または 一時金 万円</p> <p>障害初期給付金 万円 +</p> <p>遺族サポートプラン 月額給付 約 万円 × 受取期間 年間 ボーナス給付 約 万円 × 受取期間 年間</p> <p>遺族サポートロング 月額給付 約 万円 × 受取期間 年間 ボーナス給付 約 万円 × 受取期間 年間</p> <p>概算保険料 (左記①+②)</p> <p>①遺族サポートプラン ②遺族サポートロング</p> <p>月払 円 月払 円 半払 円 半払 円</p> | <p>死亡・高度障害のとき、障害状態(障害年金1級)のとき (給付イメージ)</p> <p>① 遺族サポートプラン コース 年金原資 万円 内/月払 万円 内/半払 万円</p> <p>② 遺族サポートロング コース 年金原資 万円</p> <p>公的障害年金2級の場合は障害初期給付のみ保障の対象となります。</p> <p>遺族サポートプラン 月額給付 約 万円 × 受取期間 年間 または 一時金 万円</p> <p>遺族サポートロング 月額給付 約 万円 × 受取期間 年間 または 一時金 万円</p> <p>障害初期給付金 万円 +</p> <p>遺族サポートプラン 月額給付 約 万円 × 受取期間 年間 ボーナス給付 約 万円 × 受取期間 年間</p> <p>遺族サポートロング 月額給付 約 万円 × 受取期間 年間 ボーナス給付 約 万円 × 受取期間 年間</p> <p>概算保険料 (左記①+②)</p> <p>①遺族サポートプラン ②遺族サポートロング</p> <p>月払 円 月払 円 半払 円 半払 円</p> |

今年度は、制度内容の変更により「遺族サポートプラン」において保険料の割引を適用します！

※今後の本人の加入者数や、給付金のお支払い状況の増減等により適用する優良割引率が変わるもしくは廃止となることがあります。

「申し込み手续のご案内」見開きの左頁の「ベストプラン」「ベタープラン」をご確認いただき、ぜひ新規加入をご検討ください

※その他のコースについては同封のリーフレットをご確認ください

STEP 2

下記手順に沿って申込書を記入し、制度推進員もしくは共済事務担当課までご提出をお願いいたします

山口県市町村職員共済組合 御中

ライフサポート 加入申込書 兼 告知書

今年度の改訂点を確認した 1

所属番号 2025031903 通し番号

団体名 山口県市町村職員共済組合
 証券(課)所番号 21137004
 所属所番号
 所属署名
 組合員番号

申込締切日 2025年10月31日 効力発効日(加入・増額日) 2026年3月1日

お申込内容 下記に必要事項を記入・押印し、ご提出ください。

申込日(告知日) 2025年 月 日

申し込み時にお知らせ事項
 1. 本人・配偶者・子どもは、申込日(告知日)現在、記載の告知内容および以下の事項について確認・承知のうえ、この契約の加入(増額)を申し込みます。
 2. 本申込書に添付されている「告知書」に記載されている事項は、告知書に記載されている事項と一致していることを確認し、承知の上で申し込みます。
 3. 告知書に記載されている事項と一致していない事項がある場合は、告知書に記載されている事項と一致していることを確認し、承知の上で申し込みます。
 4. 告知書に記載されている事項と一致していない事項がある場合は、告知書に記載されている事項と一致していることを確認し、承知の上で申し込みます。
 5. 告知書に記載されている事項と一致していない事項がある場合は、告知書に記載されている事項と一致していることを確認し、承知の上で申し込みます。

●以下の特典に記入・チェック印・押印ください。
 ●本人・配偶者・子どもも共通)なお、印字されている場合は内容をご確認ください。
 ●既加入者専用コースには新規加入・変更はできません。

●お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印ください。
 ●新規・増額で申し込まれる場合は、必ず「訂正の理由」欄をご確認ください。

| 区分 | 被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 新規に指定または指定内容を変更する場合ご記入ください。 | 確認印 兼 申込印 告知印 |
|-----|---------------------------------|--|--|---|----------------------------------|
| 100 | カタカナでご記入ください ヤマグチ ヒカル | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 3昭和 <input type="checkbox"/> 5平成 年 月 日 | <p>死亡保険金受取人欄 受取人コード 1.配偶者 2.子 3.父母 5.兄弟姉妹 6.法定相続人 7.その他 8.個人指定(カタカナで氏名を記入)</p> <p>指定代理請求者指定欄 続 続 1.配偶者 2.子 3.父母 5.兄弟姉妹 6.法定相続人 7.その他 C.指定取消</p> | <p>訂正印 兼 申込印 告知印</p> |
| A10 | 遺族サポートプラン *** コース | <input type="checkbox"/> U1 コース <input type="checkbox"/> U コース <input checked="" type="checkbox"/> U2 コース <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T | <p>受取人コードを記入) *コードが「9」の場合のみ 氏名をカタカナで1名記入</p> <p>9の場合のみカタカナで1名記入</p> <p>9の場合のみカタカナで1名記入</p> | | |
| A20 | 遺族サポートロング *** コース | | | | |
| K32 | 総合医療プラン (生命保険部分) *** 円 | <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 3,000 円 | | | |
| R50 | 総合医療プラン (損害保険部分) *** () | 男性 <input type="checkbox"/> 5,000(W) <input type="checkbox"/> 3,000(Y) 円 女性 <input type="checkbox"/> 5,000(X) <input type="checkbox"/> 3,000(Z) 円 | | | |
| B30 | 先進型医療プラン *** 円 | <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 25,000 円 | | | |
| F22 | 重病克服プラン *** 万円 | <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 100 万円 | | | |
| R11 | 長期療養プラン *** コース | <input type="checkbox"/> 7 大疾病保障特約がん・上皮内新生物保障特約 付加する(1) <input type="checkbox"/> 付加しない(5) 付加する(1) <input type="checkbox"/> 付加しない(5) | <p>重病克服プランにお申し込みされる方は、特約申込欄に必ずチェック印をつけてください。</p> | | |
| B10 | 医療保障保険 *** 円 | <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 3,000 円 | | | |
| H20 | 長期継続保障 *** 万円 | <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 300 万円 | | | |

- ①今年度の改訂点について確認できましたら をお願いいたします
- ②「遺族サポートプラン」の加入しない欄に をお願いいたします。

＼手続きは以上になります。ありがとうございました！