


生命共済 加入申込書(兼 告知書)

(引受元 友愛共済協同組合)

申込日 令和 年 月 日

私は本共済のパフレット、重要事項説明書の内容を承知・同意の上、下記の契約を申込ます。
記載の事項は事実と相違ないことを誓約し、虚偽記載があった場合、共済金が支払われない事に同意します。
また、次回以降の掛金払込は以下の通りとし、更新日までに支払います。

1. 年払い 2. 半年払 署名 _____ 印 

共済団体コード	804
(一財)苦小牧市勤労者共済センター	
理事長 玉川 健仁	


<会員本人申込欄>

会員番号	本人	加入者氏名	性別	生年月日	加入コース	死亡共済金受取人
1	カナ		1 男	3 昭		1. 配偶者
	漢字		2 女	4 平		2. その他
		年 月 日				

事業所名

<配偶者申込欄>

配偶者	加入者氏名	性別	生年月日	加入コース	死亡共済金受取人
2	カナ		1 男	3 昭	①会員様
	漢字		2 女	4 平	
		年 月 日			

ご連絡先	〒		カナ			
	住所	北海道 市(町)				
		()	-	メール	@	
	FAX	()	-	アドレス		

<告知:重要事項説明書告知欄を承認・同意の上各質問事項にお答えください。(はい:いいえ どちらかを○で囲んでください。)>

会員様用	①現在、医師の治療を受け、継続通院、服薬している。(外傷での通院は除く)	はい	②過去3年以内に疾病により、5日以上の入院をしたことがある。(外傷での入院は除く)	はい	①・②のいずれかが「はい」の方	病名	薬名
		いいえ		いいえ	③どの様な病気で入院・通院・投薬を受けてますか?		
		はい		はい			
配偶者様用	①現在、医師の治療を受け、継続通院、服薬している。(外傷での通院は除く)	はい	②過去3年以内に疾病により、5日以上の入院をしたことがある。(外傷での入院は除く)	はい	①・②のいずれかが「はい」の方		
		いいえ		いいえ		③どの様な病気で入院・通院・投薬を受けてますか?	

※告知いただいた内容により、後日事務局よりご連絡させていただく場合がございます。ご協力よろしくお願いいたします。

※申込書をご記入の上、右記までご送付ください。Fax: **03-6908-7611** 苦小牧市勤労者共済センター