

# おたすけプラン・日ごろの備えのみ加入用記載例

## 全国手をつなぐ育成会連合会 加入依頼書

### 〈共通〉

全国手をつなぐ育成会連合会 御中  
損害保険ジャパン株式会社 宛

加入者は、募集文書または損害ジャパンの公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の「個人情報の取り扱いに関する事項」等を確認し、本書面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、個人情報の取扱いに同意します。

中途加入する月をご記入ください。

申込日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	加入日	
支部名	KG6 東京都	令和 △ 年 △ 月 1 日	
支部コード	521 13 000		

〈紙票 55166〉

①保険会社用

証券番号	
団体名	全国手をつなぐ育成会連合会
保険期間	令和 年 月 日から 令和 4 年 10 月 1 日まで

中途加入保険料(PDFファイル)で  
中途加入保険料を確認し  
ご記入ください。

### 〈おたすけプラン 日ごろの備え〉 傷害総合保険

#### 加入コース・一時払保険料

800	型	0AO	円	800	型	0AO	円
N1				NB1			

#### 加入者合計保険料

542 円  
ご記入は不要です。

該当のある場合のみ  
ご記入ください。

会員名(加入申込人)

フリガナ	501 トウキョウト○○ク○○ 1-2-3
〒	550 123 - 4567
住所	KD1 東京都○○区○○ 1-2-3
フリガナ	507 ソンポ タロウ
氏名	KC5 損保 太郎
*加入申込人は会員にかぎりず。 (法人可)	
加入者ご署名	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) 損保 太郎
生年月日	513 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 37 年 5 月 1 日生
TEL	504 03 ( 3349 ) 5402

ご自身の電話番号が顧客番号となります。  
携帯番号の場合は、頭の「0」を除いてご記入ください。

顧客番号(電話番号)  
522 0333495402  
※携帯電話の場合は頭の「0」を除く。

被保険者

フリガナ	住所	〒 345 - 6789 ※加入申込人住所に同じ場合は記入不要	
フリガナ	東京都○○区○○ 3-4-5		
フリガナ	600 ソンポ ハナコ	★性別	★職業・職種名
氏名	KD1 損保 花子	602 ①男 ②女	VJ9 会社員
生年月日	603 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 61 年 5 月 1 日生	年齢(加入日時点)	満35歳
会員(加入申込人)との関係	VG2 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		

#### ★他の保険契約等

「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、傷害総合保険、普通傷害保険、専立傷害保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同一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、各種商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。

会社名	満期日	左記に書ききれない場合、別紙添付
	○令和 ○平成 年 月 日	520
保険種類	保険金額	⑨ あり (別紙添付)
	( )万円	

前頁からの続き 527 ①

108 ①	109 ②	確認
指示	不備	