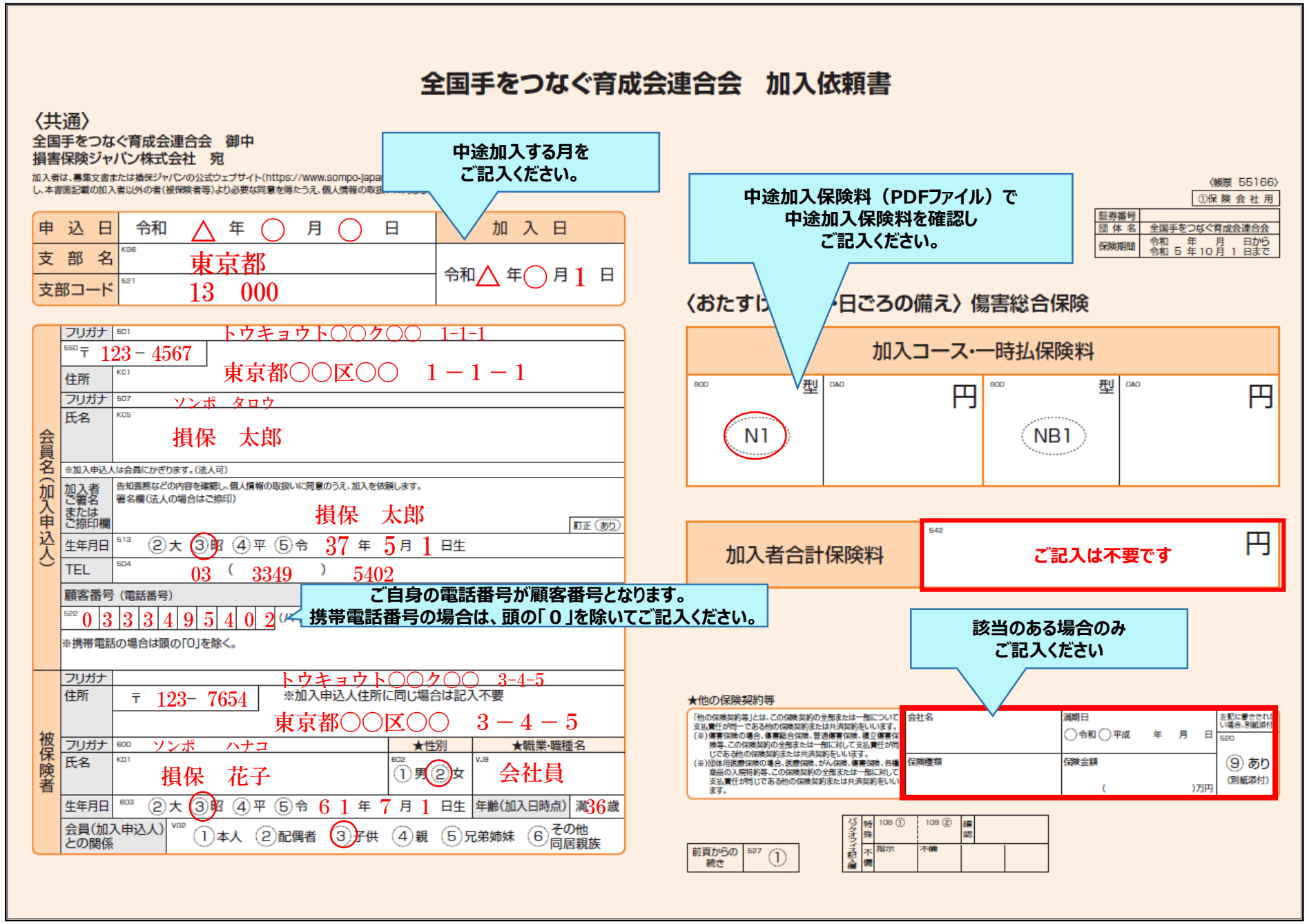

おたすけプラン・日ごろの備えのみ加入【記載例】

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、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト(https://www.sompo-japa
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

中途加入する月をご記入ください。

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。

（帳票　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 5 年10月 1 日まで

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	

〈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 [✓ N1] 型	0A0 円	800 NB1 型	0A0 円

加入者合計保険料	542 **ご記入は不要です** 円

会員名（加入申込人）

フリガナ	501 トウキョウト○○ク○○　1-1-1
住所	550 〒 123－4567 KC1 東京都○○区○○　1－1－1
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ます。(法人可)

加入者ご署名またはご捺印欄	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 訂正（あり）
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
顧客番号（電話番号）	522 0 3 3 3 4 9 5 4 0 2

※携帯電話の場合は頭の「0」を除く。

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

被保険者

フリガナ	トウキョウト○○ク○○　3-4-5		
住所	〒 123－ 7654　※加入申込人住所に同じ場合は記入不要 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]	VJ8 会社員
生年月日	603 ②大 [✓ ③昭] ④平 ⑤令　6 1 年 7 月 1 日生	年齢(加入日時点)	満36歳
会員(加入申込人)との関係	VB2 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		

該当のある場合のみご記入ください

★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、積立傷害保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じ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じ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 ○令和 ○平成　年　月　日	左記に書ききれない場合、別紙添付 520 ⑨ あり（別紙添付）
保険種類	保険金額 （　　　）万円	

前頁からの続き	527 ①

バックオフィス記入欄	特殊	108 ①	109 ②	確認	
	不備	指示	不備		