

きんぷく生命共済 加入申込書(兼 告知書)

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. 半年払い 署名 印

会員本人申込欄	きんぷく生命共済に加入する ⇒			加入コース	
事業所番号—会員番号	—	事業所名	コース		
加入者氏名		性別	生年月日		
カナ		男	昭和	年 月 日 (歳)	
		女	平成		
〒	—	住所			
自宅 携帯	()	メール アドレス	@		
死亡共済金受取人	1. 配偶者 氏名 :				
	2. その他 氏名 : (続柄 :)				
加入者告知欄	①現在、医師の治療を受け、 継続して通院、服薬している。 (外傷での治療は除く)	はい	②過去3年以内に疾病により、 5日以上入院をしたことがある。 (外傷での入院を除く)	はい	
		いいえ		いいえ	
	①・②のいずれかが「はい」の方		病名 発症日		
	③いつ頃、どのような疾病で入院・ 通院治療・投薬を受けてますか？		治療法 薬名		

配偶者申込欄	きんぷく生命共済に加入する ⇒			加入コース	
配偶者氏名		性別	コース		
カナ		男	昭和	年 月 日 (歳)	
		女	平成		
死亡共済金受取人	★配偶者様の死亡共済金の受取人は会員様になります。				
配偶者告知欄	①現在、医師の治療を受け、 継続して通院、服薬している。 (外傷での治療は除く)	はい	②過去3年以内に疾病により、 5日以上入院をしたことがある。 (外傷での入院を除く)	はい	
		いいえ		いいえ	
	①・②のいずれかが「はい」の方		病名 発症日		
	③いつ頃、どのような疾病で入院・ 通院治療・投薬を受けてますか？		治療法 薬名		

共済団体コード	822	公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社
---------	-----	-------------------

FAX送付先：03-6908-7611 (複数のお申込みがある場合は本紙をコピーの上、ご使用ください。)

<加入申込書:ご記入見本>

記載事項・申込内容を確認頂き、
会員ご本人がご署名ご捺印ください。

きんぷく生命共済 加入申込書(兼 告知書)

申込日 令和 5 年 2 月 15 日

どちらか
を選択し
て下さ
い。

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、更新日までを支払います。

1. 年払い 2. 半年払い

署名 **共済 太郎** **共済**

ご本人の
会員番号
を記入く
ださい。

会員本人申込欄	きんぷく生命共済に加入する⇒		加入コース D コース
会員番号	00123-000013	事業所名	共済商会(株)
加入者氏名	性別	生年月日	
カナ キョウサイ タロウ	<input checked="" type="radio"/> 男	<input checked="" type="radio"/> 昭和	
共済 太郎	<input type="radio"/> 女	平成 50年 5 月 15 日 (46 歳)	

ご希望の加
入コースを
選択して下
さい。

受取人を
ご指定下
さい。
(他人は
指定でき
ません)

〒 150-0045 住所 東京都渋谷区神南1-19-8

自宅 メール **kyousai.taro@gmail.com**
 携帯: 03-2222-2222 アドレス

死亡共済金受取人 **1. 配偶者** 氏名 **共済 市子**
2. その他 氏名 : (続柄)

医師の治
療・処方薬
について具
体的な薬
名・容量を
記入下さ
い。

配偶者様
のお申込
みは、会
員様の加
入が条件
となります。

加入者告知欄	①現在、医師の治療を受け、継続して通院、服薬している。(外傷での治療は除く)	<input checked="" type="radio"/> はい	②過去3年以内に疾病で、5日以上入院をしたことがある。(外傷での入院を除く)	<input checked="" type="radio"/> はい
		<input type="radio"/> いいえ		<input type="radio"/> いいえ
	①・②のいずれかが「はい」の方	病名発症日	高血圧症(5年程前から)	
	③いつ頃、どのような疾病で入院・通院治療・投薬を受けていますか?	治療法薬名	オルメテック錠(5mg) ノルバスク錠(5mg)	

会員様と同
額か少ない
死亡共済金
のコースを
選択して下
さい。

配偶者申込欄	きんぷく生命共済に加入する⇒		加入コース C コース
配偶者氏名	性別	生年月日	
カナ キョウサイ イチコ	<input type="radio"/> 男	<input checked="" type="radio"/> 昭和	
共済 市子	<input checked="" type="radio"/> 女	平成 52年 4 月 10 日 (44 歳)	

入院時期入
院日数完治
又は
継続治療中
など、具
体的にご記
入下さい。

死亡共済金受取人 **★配偶者様の死亡共済金の受取人は会員様になります。**

配偶者告知欄	①現在、医師の治療を受け、継続して通院、服薬している。(外傷での治療は除く)	<input type="radio"/> はい	②過去3年以内に疾病で、5日以上入院をしたことがある。(外傷での入院を除く)	<input checked="" type="radio"/> はい
		<input checked="" type="radio"/> いいえ		<input type="radio"/> いいえ
	①・②のいずれかが「はい」の方	病名発症日	急性虫垂炎(R2.11月)	
	③いつ頃、どのような疾病で入院・通院治療・投薬を受けていますか?	治療法薬名	手術後、7日間入院。現在、完治している。	

共済団体コード 822 公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社

FAX送付先: 03-6908-7611 (複数のお申込みがある場合は本紙をコピーの上、ご使用ください。)