


しおかぜ湘南生命共済 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

私は本共済のパンフレット、重要事項説明書の内容を承知・同意の上、下記の通り申します。
記載の事項は事実に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	802
(公財)湘南産業振興財団	
理事長 増田 隆之	

<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	年	月	日	1. 配偶者
	漢字		2 女	4 平				2. その他

事業所名

<配偶者申込欄>

事業所名	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
	カナ		1 男	3 昭	年	月	日	①会員様
	漢字		2 女	4 平				

ご連絡先	〒	_____	_____	_____	_____	カナ
	住所	_____ 県 _____ 市				
	☎	(_____) _____ - _____	メール アドレス	_____ @ _____		

<告知: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。)>

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 ③どの様な病気で入院・通院・投薬を受けていますか?	<病名>
	いいえ		いいえ		<薬名>