


## しおかぜ湘南経営者傷害共済 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、更新日まで支払います。

1. 年間一括払 2. 半年一括払 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	加入口数	死亡共済金受取人
	カナ		1男	3昭	□	1. 配偶者
	1 漢字		2女	4平		年 月 日

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	加入口数	死亡共済金受取人
	カナ		1男	3昭	□	①会員様
	2 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、不慮の事故による外傷で入院している。(病気で入院は除く)	はい	②現在、怪我の治療の為に定期的に通院している。(リハビリ治療含む、病気治療を除く)	はい	①・②のいずれかが「はい」の方	<外傷名・事故日>
又は障害等級認定を受けている	いいえ		いいえ	③どのような怪我で入院・通院・治療を受けていますか？	<治療内容・障害等級>

申込書をご記入の上、右記まで送付ください。 FAX 03-6908-7611 しおかぜ湘南経営者傷害共済事務局