

<加入申込書：ご記入見本>

どちらかを選択してください。

内容確認頂き、ご署名ご捺印ください。

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)

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、更新日までに支払います。

1. 年払い 2. 半年払

署名 **湘南 太郎**

湘南印

申込日 令和 3 年 8 月 5 日

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	
		カナ	シヨウナン	タロウ		1 男	3 昭	50 年		5 月	15 日
123456	1	漢字	湘南	太郎	2 女	4 平					

事業所名

藤沢商会

<配偶者申込欄>

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	シヨウナン	ハナコ		1 男	3 昭	53 年		7 月	15 日
2	漢字	湘南	花子	2 女	4 平					

ご本人の
会員番号
を記入く
ださい。

勤務先を
記載くだ
さい

配偶者様
がない
場合には
その他に
受取人を
ご指定下
さい。

ご自宅
又は
携帯電話

ご連絡先	〒	2	5	1	ー	0	0	5	2	カナ	フジサワシ	カイガンドオリ	1-1-1
	住所	神奈川県			藤沢市		海岸通			1-1-1			
	☎	(0466)			99 -		9999		メール アドレス	syounan-tarou @ gmail.com			

普段ご使
用のアド
レスをご
記入くだ
さい。

<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。)>

会員様用	配偶者様用	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)	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。(外傷での入院は除く)	①・②のいずれかが「はい」の方	③どのような病気で入院・通院・投薬を受けていますか?	病名	薬名
		はい	はい	はい		気管支喘息	
		いいえ	いいえ	いいえ			
		はい	はい	はい		2年前に虫垂炎で入院	
		いいえ	いいえ	いいえ			

※告知いただいた内容により、後日事務局よりご連絡させていただく場合がございます。ご協力よろしく申し上げます。

医師の処方薬であれば「はい」に○

病気で入院に限ります。

病気治療中の方、入院歴がある方はお分りの範囲でご記入ください。