

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、下記の契約を申します。
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 _____ 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			1. 配偶者
	漢字		2女	4	平	年 月 日		2. その他

事業所名

<配偶者申込欄>

配偶者	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			①会員様
2	漢字	2女	4	平	年 月 日		

ご連絡先	〒	_____				
	住所	_____				
	電話番号	() _____	メール	_____	@	_____

<告知:重要事項説明書告知欄を承認・同意の上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	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 いいえ	②過去3年以内に疾病により、5日以上の上の入院をしたことがある。(外傷での入院は除く)	はい いいえ	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
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)	はい いいえ	②過去3年以内に疾病により、5日以上の上の入院をしたことがある。(外傷での入院は除く)	はい いいえ	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

※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。ご協力よろしくお願いいたします。

※申込書をご記入の上、右記までご送付ください。 Fax: **03-6908-7611** しおかぜ湘南生命共済係