

クンペルこうち生命共済 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	クンペルこうち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	クンペルこうち生命共済に加入する ⇒			加入コース	
配偶者氏名	—	事業所名	コース		
配偶者氏名		性別	生年月日		
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	827	公益財団法人 高知勤労者福祉サービスセンター
---------	-----	------------------------

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。)