

あじさいメイツ生命共済 加入申込書(兼告知書)

No. _____

下記の通り、加入者の同意の上、あじさいメイツ生命共済・弔慰金プランの申込みをいたします。

友愛共済協同組合 御中

私は、あじさいメイツ生命共済のパンフレット・重要事項説明書の内容を承知の上、被共済者の同意を得て下記の通り申込みます。
この申込書に記載の事項は、事実と相違ない事を被共済者とともに誓約いたします。

団体番号	事業所コード	被共済者に関する健康状態（申込日現在、以下の要件に該当する者はおりません。）
806		1. 健康で正常に勤務または就業していると認められない者。 2. 加入申込日から過去1年以内に、病気または外傷により連続して14日以上入院または、同一の病気で通算20回以上の通院治療をした者で、その入院または、通院治療の原因となった病気が申込日現在、未だに完治していない者。 3. 申込日現在、次の病気で治療中または、医師からその治療が必要と診断されている者。 悪性腫瘍（ガン）、胃及び腸の潰瘍、脳血管疾患（脳出血、脳血栓、くも膜下出血）、心臓疾患、肝臓疾患、脾臓疾患、腎臓疾患、精神病
責任開始日	年 月 01日	

申込日	令和 年 月 日
会社所在地	〒 TEL - -
会社名（契約者）	
代表者氏名	印

加入者番号	加入者氏名			生年月日				性別	加入者 同意・告知欄	□数	共 済 金 額	増減□	備 考
				年号	年	月	日						
	カタカナ			○ 昭				○ 男	印 	□	万円	○ 増□	
	漢 字			○ 平				○ 女				○ 減□	
	カタカナ			○ 昭				○ 男	印 	□	万円	○ 増□	
	漢 字			○ 平				○ 女				○ 減□	
	カタカナ			○ 昭				○ 男	印 	□	万円	○ 増□	
	漢 字			○ 平				○ 女				○ 減□	
	カタカナ			○ 昭				○ 男	印 	□	万円	○ 増□	
	漢 字			○ 平				○ 女				○ 減□	
	カタカナ			○ 昭				○ 男	印 	□	万円	○ 増□	
	漢 字			○ 平				○ 女				○ 減□	
	カタカナ			○ 昭				○ 男	印 	□	万円	○ 増□	
	漢 字			○ 平				○ 女				○ 減□	
	カタカナ			○ 昭				○ 男	印 	□	万円	○ 増□	
	漢 字			○ 平				○ 女				○ 減□	
	カタカナ			○ 昭				○ 男	印 	□	万円	○ 増□	
	漢 字			○ 平				○ 女				○ 減□	
	カタカナ			○ 昭				○ 男	印 	□	万円	○ 増□	
	漢 字			○ 平				○ 女				○ 減□	

友愛共済協同組合 記入欄	受付日	月 / 日	□数合計	共済金額合計	捺印
			□	万円	

小計	□数	金額
	〇 □	〇 万円