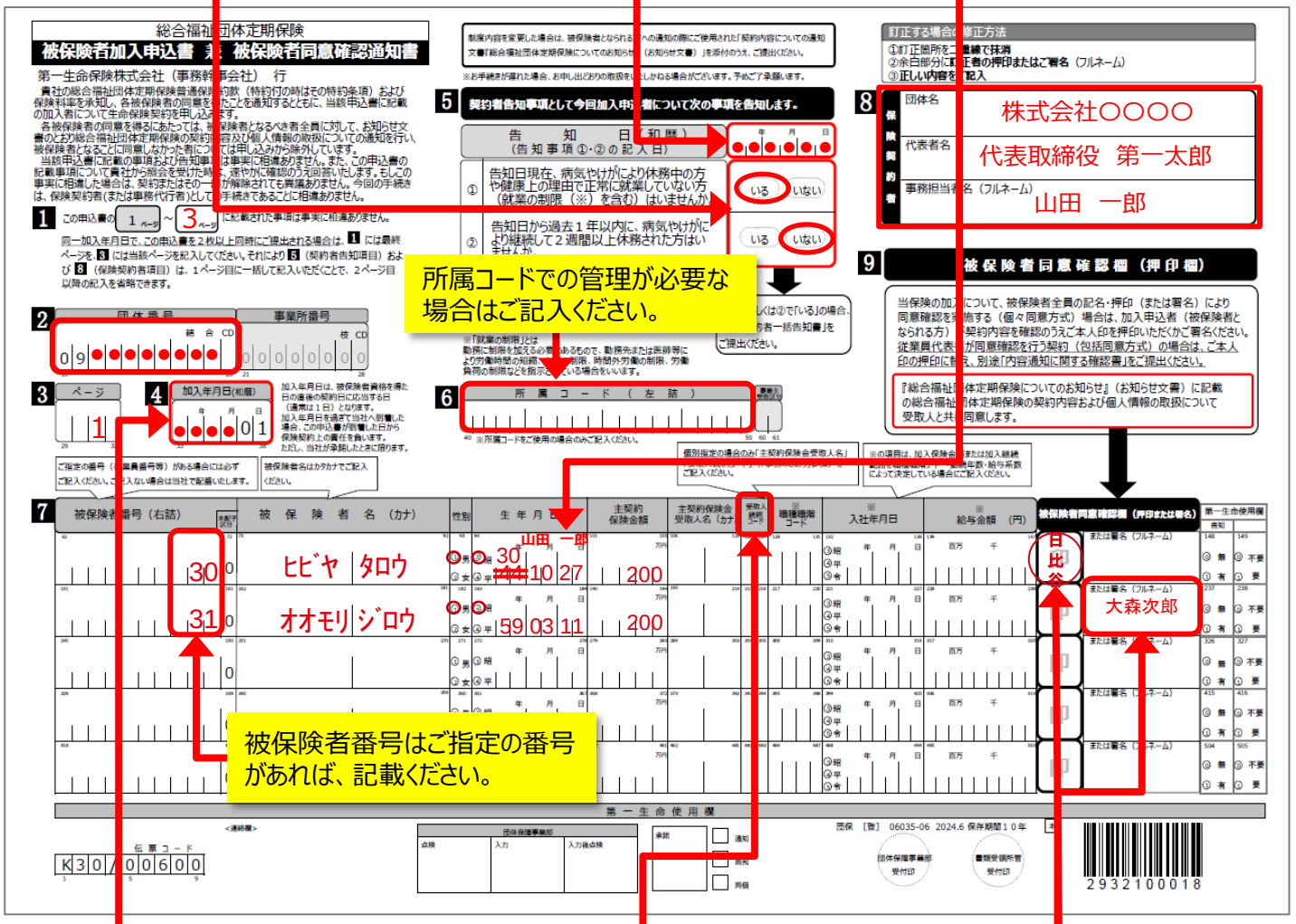
総合福祉団体定期保険　被保険者加入申込書兼被保険者同意確認通知書

①②の欄の「いる」「いない」に〇をご記入ください。なお、「いる」に〇を記入した場合は、別途「契約者一括告知書」をご提出ください。

告知日（記入日）をご記入ください。なお、責任開始期へ影響のある重要事項ですので、当社へ提出する前に再度点検をお願いいたします。

訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、余白部分訂正者の押印またはご署名（フルネーム）のうえ、正しい内容をご記入ください。



所属コードでの管理が必要な場合はご記入ください。

被保険者番号はご指定の番号があれば、記載ください。

必ず(和暦にて)ご記入ください。

注）当社宛のご提出が遅れた場合、お申し出どおりのお取扱いができない場合がありますのでご注意ください。

当保険の加入について被保険者全員の押印または署名により同意確認を実施する場合のみ、被保険者となる方が契約内容を確認のうえ、押印または署名ください。

保険金受取人を個別指定する場合のみ、以下の「受取人続柄コード」をご記入ください。

０１：夫	１０：子ども長男	１４：子ども五男	１８：子ども四女	６０：各事業主
０２：妻	１１：子ども次男	１５：子ども長女	１９：子ども五女	７０：約款順位
０３：父	１２：子ども三男	１６：子ども次女	２０：兄弟姉妹	８０：労基法順位
０４：母	１３：子ども四男	１７：子ども三女	５０：契約者	９０：法定相続人