

ゆるり生命共済 加入申込書(兼告知書)

No. _____

下記の通り、加入者の同意の上、ゆるり生命共済の申込みをいたします。

友愛共済協同組合 御中

私は、ゆるり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。

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			

ゆるり証券番号	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ありません。) 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、膵臓疾患、腎臓疾患、精神病
811		
責任開始日	年 月 01日	

加入者番号	加入者氏名		生年月日				性別	加入者同意・告知欄	口数	共済金額	増減口	備考
			年号	年	月	日						
	カタカナ		〇 昭				〇 男	印	□	万円	〇 増口	
	漢字		〇 平				〇 女				〇 減口	
	カタカナ		〇 昭				〇 男	印	□	万円	〇 増口	
	漢字		〇 平				〇 女				〇 減口	
	カタカナ		〇 昭				〇 男	印	□	万円	〇 増口	
	漢字		〇 平				〇 女				〇 減口	
	カタカナ		〇 昭				〇 男	印	□	万円	〇 増口	
	漢字		〇 平				〇 女				〇 減口	
	カタカナ		〇 昭				〇 男	印	□	万円	〇 増口	
	漢字		〇 平				〇 女				〇 減口	
	カタカナ		〇 昭				〇 男	印	□	万円	〇 増口	
	漢字		〇 平				〇 女				〇 減口	
	カタカナ		〇 昭				〇 男	印	□	万円	〇 増口	
	漢字		〇 平				〇 女				〇 減口	

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

小計	口数	金額
	〇 □	〇 万円