

加入のお申込みをされるお客様【ご加入者】

ご記入日 (加入依頼日)	(必ずご記入ください) 令和 〇年 〇月 〇〇日		加入者 保険期間	令和 6年 6月 1日~令和 7年 6月 1日		払込方法・ 回数	団体・引去 一時払	
郵便 番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇		加入者 証券番号	被保険者証番号				
ご住所 カナ	チバシ 〇〇7 〇〇			加入者 生年月日	・明治・大正・昭和 ・平成・令和	〇年〇月〇日	性別	男性 <input checked="" type="radio"/> 女性 <input type="radio"/>
漢字	千葉県〇〇区〇〇〇-〇-〇			所属名 カナ	〇〇チクウドモカイ			所属コード
お名前 カナ	アンシン ヒロシ		漢字	〇〇地区子ども会		私は左頁「ご加入時の同意内容について」を確認し、 契約者である企業・団体に対して加入(変更・更新 しない等)を依頼します。		
ご署名 漢字	安心 ヒロシ		ご捺印	安心 ヒロシ		所属コード		

記入不要

記入不要

ご希望のお手続き (1~4のいずれかに○)

1 新規加入     更新     2 加入内容変更     3 被保険者明細追加     4 前年同等プラン

保険の対象となる方【被保険者】

ご加入者 と同じ	本人の お名前	カナ アンシン ヒロシ 漢字 安心 ひろし	★生年 月日	・明治・大正・昭和 ・平成・令和	〇年〇月〇日	加入者からみた続柄 (2桁コード <input type="checkbox"/> ご参照)	〇〇
ご加入者 と 住所 が 同じ	本人の ご住所	カナ 〒 漢字	★性別	男性 <input type="radio"/> 女性 <input checked="" type="radio"/>		★他の 保険契約等	あり <input checked="" type="checkbox"/> 裏面に詳細を ご記入ください
ご加入者 と 住所 が 同じ	本人の ご住所	カナ 〒 漢字	★職業・職務 (傷害・所補のみ)	A: B: <input type="checkbox"/>		記入不要	

記入不要

ご署名ください

ご希望のタイプ・口数をご記入ください。

傷害保険	タイプ	口数
	0001	

タイプごとの補償内容や保険料等については募集パンフレット等にてご確認ください。

保険料

被保険者・1回分保険料	加入者・1回分合計保険料
3,000 円	3,000 円

(注) 被保険者明細が複数部の場合は、合計した保険料を記入

ご加入者からみた続柄の番号を記入ください

例) ご加入者: 父  
被保険者: 子

↓  
04

続柄コード	
01	本人
02	配偶者
03	父 母
04	子
05	兄弟姉妹
06	祖父母
07	孫
08	その他親族
10	雇用主(法人)
11	雇用主(個人事業主)
12	従業員
99	その他



項目	コード	内容	項目	コード	内容

旧加入者証券番号	旧明細番号	営業店	6735	千葉中央	部数
		代理店/仲立人	7381	株式会社 オンフェイス	
		契約者(団体)	FE12C	千葉県子ども会育成連絡会	