

<加入申込書:ご記入見本>

記載事項・申込内容を確認頂き、
会員ご本人がご署名ご捺印ください。

室蘭市勤労者共済センター生命共済 加入申込書(兼告知書)

申込日 令和 5 年 2 月 15 日

どちらか
を選択し
て下さ
い。

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、下記の契約を申込みます。
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、次回以降の掛金払いは以下の通りとし、更新日までを支払います。

1. 年払い 2. 半年払い 署名 **徳川 家康** **徳川**

ご本人の
会員番号
を記入く
ださい。

会員本人申込欄	室蘭市勤労者共済センター生命共済に加入する ⇒		加入コース D コース
会員番号	0123-0003	事業所名	徳川商会(株)
加入者氏名	性別	生年月日	
カナ トクガワ イヤス	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	
徳川 家康		50年 5 月 15 日 (46 歳)	

ご希望の加
入コースを
選択して下
さい。

受取人を
ご指定下
さい。
(他人は
指定でき
ません)

〒 050-0083 住所 北海道室蘭市東町4-29-1

自宅 携帯: 0143-55-5555 メールアドレス ieyasu-tokugawa@gmail.com

死亡共済金受取人 1. 配偶者 氏名 徳川 市子 2. その他 氏名: (続柄)

医師の治
療・処方薬
について具
体的な薬
名・容量を
記入下さ
い。

配偶者様
のお申込
みは、会
員様の加
入が条件
となります。

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)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	②過去3年以内に疾病で、 5日以上入院をしたことがある。 (外傷での入院を除く)	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
	③いつ頃、どのような疾病で入院・ 通院治療・投薬を受けていますか？	病名 発症日	治療法 薬名	
	①・②のいずれかが「はい」の方		高血圧症(5年程前から)	
			オルメテック錠(5mg) ノルバスク錠(5mg)	

会員様と同
額か少ない
死亡共済金
のコースを
選択して下
さい。

配偶者申込欄	室蘭市勤労者共済センター生命共済に加入する ⇒		加入コース C コース
配偶者氏名	性別	生年月日	
カナ トクガワ イチコ	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	
徳川 市子		52年 4 月 10 日 (44 歳)	

入院時期入
院日数完治
又は
継続治療中
など、具
体的にご記
入下さい。

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)	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	②過去3年以内に疾病で、 5日以上入院をしたことがある。 (外傷での入院を除く)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	③いつ頃、どのような疾病で入院・ 通院治療・投薬を受けていますか？	病名 発症日	治療法 薬名	
	①・②のいずれかが「はい」の方		急性虫垂炎(R2.11月)	
			手術後、7日間入院。現在、完治している。	

共済団体コード 813 一般財団法人 室蘭市勤労者共済センター

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。)