

団体契約加入依頼書

FLEX

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト (https://www.sompo-japan.co.jp/) に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な同意を得たうえ、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。

証券番号 9 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | G | 1 | 5 | 9

団体名 山口県市町村職員共済組合

保険期間 令和 3 年 7 月 1 日から
令和 4 年 7 月 1 日まで

健康告知事項 ~所得補償保険・団体長期障害所得補償保険 団体用医療保険にご加入の場合~
新規加入される方、あるいは加入内容もしくは告知事項に変更のある方は、別途所定の告知書をご記入願います。

★疾病による学業費用補償特約セットの場合 被保険者の学校の種類が複数になる場合は、該当するものすべてに○をしてください。
① 小学校入学前 ② 小学校
③ 中学校、高校 ④ 大学 ⑤ その他

加入者合計 保険料 (シート計) ※分割払は1回分 千円 円
中途加入の場合記入 即時追加保険料 千円 円

明細整理番号の使用方法は契約によって異なりますので内容をご確認のうえご記入ください。

521 所属コード	明細整理番号1
522 職員番号	明細整理番号2
523	明細整理番号3
524	明細整理番号4
525	明細整理番号5
KG6	明細整理番号6
KG8	明細整理番号7

申込日 令和 年 月 日 加入者住所・氏名、被保険者氏名のフリガナは必ずご記入ください。

住所 漢字 フリガナ
氏名 漢字 フリガナ
加入者ご署名または捺印欄
告知義務などの内容を確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を依頼します。
署名欄(法人の場合は捺印)
訂正 (あ) 訂正
性別 (1)男 (2)女 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令 年 月 日生
扶養者 フリガナ
加入者と異なるときのみ記入 (傷害総合のみ)

被保険者氏名	性別	傷害級別	型	口数	保険料 (分割払は1回分)	即時追加保険料
1 ① 氏名 漢字 加入者と同じ場合は記入不要です。 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令 年 月 日生 ★職業・職種名 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女		800 型 801 □ 802 型 803 □ 804 型 805 □ 806 型 807 □ 808 型 809 □	0A0 千円 0A1 千円	0A2 千円 0A3 千円 0A4 千円 0A5 千円 0A6 千円 0A7 千円 0A8 千円 0A9 千円	
2 氏名 漢字 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令 年 月 日生 ★職業・職種名 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女		810 型 811 □ 812 型 813 □ 814 型 815 □ 816 型 817 □ 818 型 819 □	0E0 千円 0E1 千円	0E2 千円 0E3 千円 0E4 千円 0E5 千円 0E6 千円 0E7 千円 0E8 千円 0E9 千円	
3 氏名 漢字 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令 年 月 日生 ★職業・職種名 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女		820 型 821 □ 822 型 823 □ 824 型 825 □ 826 型 827 □ 828 型 829 □	0J0 千円 0J1 千円	0J2 千円 0J3 千円 0J4 千円 0J5 千円 0J6 千円 0J7 千円 0J8 千円 0J9 千円	
4 氏名 漢字 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令 年 月 日生 ★職業・職種名 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女		830 型 831 □ 832 型 833 □ 834 型 835 □ 836 型 837 □ 838 型 839 □	0N0 千円 0N1 千円	0N2 千円 0N3 千円 0N4 千円 0N5 千円 0N6 千円 0N7 千円 0N8 千円 0N9 千円	

補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VH0 群コード	VH1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VH5 群コード	VH6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VL0 群コード	VL1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VL5 群コード	VL6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VP0 群コード	VP1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VP5 群コード	VP6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VSO 群コード	VSI 疾病名
2 種目名称	種目コード
VSS 群コード	VSS 疾病名

(重要)★の項目は告知事項です。事実と異なる内容を記載した場合は、契約を解除し保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。
(注意) 1. 死亡保険金は被保険者の法定相続人にお支払いします。死亡保険金受取人について特定の方法を定める場合は、所定の方法により、被保険者の同意の確認手続きが必要です。
2. 所得補償保険で事業主費用補償特約にセットで加入する場合は、加入依頼書は使用できません。

種目コードは裏面に掲載の保険種類コード表を参照してください。

520 ★他の保険契約等(注) (9)別紙
517 受取人指定・被保険者同意 (9)別紙
518 住宅の所在地 (9)別紙
519 扶養者住所氏名 (9)別紙
526 (9)脱退 (印)
前頁からの続き 527 (1)
整理番号

特殊不備	① 指示	② 不備	確認	021	024	025	022
------	------	------	----	-----	-----	-----	-----

団体契約加入依頼書

FLEX

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト (https://www.sompo-japan.co.jp/) に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な同意を得たうえ、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。

証券番号 9 1 2 1 1 0 G 1 5 9

団体名 山口県市町村職員共済組合

保険期間 令和 3 年 7 月 1 日から
令和 4 年 7 月 1 日まで

～所得補償保険・団体長期障害所得補償保険
団体用医療保険にご加入の場合～
新規加入される方、あるいは加入内容もしくは告知事項
に変更のある方は、別途所定の告知書をご記入願います。

★疾病による学業費用補償特約セットの場合
被保険者の学校の種類が複数になる場合は、
該当するものすべてに○をしてください。
① 小学校入学前 ② 小学校
③ 中学校、高校 ④ 大学 ⑤ その他

加入者合計 千円 円
保険料 (シート計) ※分割払は1回分
中途加入の場合記入 即時追加保険料 千円 円

申込日 令和 年 月 日 加入者住所・氏名、被保険者氏名のフリガナは必ずご記入ください。

住所 〒 × × × - × × × × (自宅) × × × (× × ×) × × × × (携帯) ()

フリガナ シ マチ チョウメ
漢字 市 町 丁目

氏名 漢字 共済 太郎
フリガナ キョウサイ タロウ

加入者ご署名またはご捺印欄
告知義務などの内容を確認し、個人情報の取扱いに同意の上、加入を依頼します。
署名欄(法人の場合は代表者名)に
ご署名

性別 ①男 ②女 生年月日 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 × × 年 × × 月 × × 日生

扶養者 フリガナ 加入者と異なるときのみ記入 (傷害総合のみ)

明細整理番号の使用方法は契約によって異なりますので内容をご確認のうえご記入ください。

521 所属コード 明細整理番号1

522 職員番号 明細整理番号2

523 明細整理番号3

524 組合員証の「記号」が4桁
組合員証の「番号」が6桁
になるように、あたまたに0を付して
記入してください

525

<漢字> フルネームでご署名ください

明細整理番号6 KG8 明細整理番号7

被保険者氏名	性別	傷害級別	型	口数	保険料 (分割払は1回分)	即時追加保険料
1 ① 氏名 漢字 加入者と同じ場合は記入不要です。 生年月日 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 年 月 日生 加入者との関係 ①本人 ②配偶者 ③子供 ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他同居親族 ⑦役員・その家族 被保険者番号	①男 ②女		800 A 801 1 0A0 千 4,000 0A1 千	802 803 0A2 千 0A3 千	804 805 円 0A4 千 円 0A5 千	806 807 円 0A6 千 円 0A7 千
2 氏名 漢字 生年月日 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 年 月 日生 加入者との関係 ①本人 ②配偶者 ③子供 ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他同居親族 ⑦役員・その家族 被保険者番号	①男 ②女		810 811	8 8	0E0 千 0E1 千	0E2 千 0E3 千
3 氏名 漢字 生年月日 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 年 月 日生 加入者との関係 ①本人 ②配偶者 ③子供 ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他同居親族 ⑦役員・その家族 被保険者番号	①男 ②女		820 821	822 823	824 825	826 827
4 氏名 漢字 生年月日 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 年 月 日生 加入者との関係 ①本人 ②配偶者 ③子供 ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他同居親族 ⑦役員・その家族 被保険者番号	①男 ②女		830 831	832 833	834 835	836 837
			838 839	840 841	842 843	844 845
			846 847	848 849	850 851	852 853
			854 855	856 857	858 859	860 861
			862 863	864 865	866 867	868 869
			870 871	872 873	874 875	876 877
			878 879	880 881	882 883	884 885
			886 887	888 889	890 891	892 893
			894 895	896 897	898 899	900 901

から まで必ずご記入ください

補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VH0 群コード	VH1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VH5 群コード	VH6 疾病名
種目名称	種目コード
VL5 群コード	VL1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VL5 群コード	VL6 疾病名
種目名称	種目コード
VP0 群コード	VP1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VP5 群コード	VP6 疾病名
種目名称	種目コード
VSO 群コード	VS1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VSS 群コード	VS6 疾病名

520 ★他の保険契約等(注) ⑨ 別紙

517 受取人指定・被保険者同意 ⑨ 別紙

518 住宅の所在地 ⑨ 別紙

519 扶養者住所氏名 ⑨ 別紙

526 ⑨ 脱退 ⑩

前頁からの続き 527 ①

整理番号

特殊不備	指示	確認	021	024	025	022
①	②	確認	021	024	025	022

【重要】★の項目は告知事項です。事実と異なる内容を記載した場合は、契約を解除し保険金をお支払いできないことがあります。ご注意ください。
【注意】1. 死亡保険金は被保険者の法定相続人にお支払いします。死亡保険金受取人について特定の方法を定める場合は、所定の方法により、被保険者の同意の確認手続きが必要です。
2. 所得補償保険で事業主費用補償特約にセットで加入する場合は、加入依頼書は使用できません。

種目コードは裏面に掲載の保険種類コード表を参照してください。