

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。

19.05 < 帳票 54267-1 >

（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、事実を記載しなかった場合には、★の項目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、特定の方法による場合は、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、追加依頼書は使用できません。

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	〒 ー	☎(自 宅)	()
		(携 帯)	()
	フリガナ		
	漢字		
氏名	漢字		
	フリガナ		
	法人名 （法人の場合）	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（法人の場合はご捺印）	
	役名および 代表者名 （個人名）	訂正（あり）	
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	明細整理番号 4	
525	明細整理番号 5	
< 漢字 >	KG6	明細整理番号 6
	KG8	明細整理番号 7

証券番号	9 1 2 5 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 7 年 7 月 1 日から 令和 8 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)	千 円	中途加入 の場合記入 千 円
※分割払は1回分		

被 保 険 者 氏 名			性別	傷害級別	型	800	型	802	型	804	型	806	型	808	型
1	氏名	フリガナ 漢字	(1) 男 (2) 女		口 数	801	口	803	口	805	口	807	口	809	口
	生年月日	(2) 大 (3) 昭 (4) 平 (5) 令 年 月 日生	★職業・職種名		保 険 料 (分割払は1回分)	0A0	千 円	0A2	千 円	0A4	千 円	0A6	千 円	0A8	千 円
	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) 役職員・その家族			即時追加 保 険 料	0A1	千 円	0A3	千 円	0A5	千 円	0A7	千 円	0A9	千 円
	被保険者番号														
2	氏名	フリガナ 漢字	(1) 男 (2) 女		型	810	型	812	型	814	型	816	型	818	型
	生年月日	(2) 大 (3) 昭 (4) 平 (5) 令 年 月 日生	★職業・職種名		口 数	811	口	813	口	815	口	817	口	819	口
	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) 役職員・その家族			保 険 料 (分割払は1回分)	0E0	千 円	0E2	千 円	0E4	千 円	0E6	千 円	0E8	千 円
	被保険者番号				即時追加 保 険 料	0E1	千 円	0E3	千 円	0E5	千 円	0E7	千 円	0E9	千 円
3	氏名	フリガナ 漢字	(1) 男 (2) 女		型	820	型	822	型	824	型	826	型	828	型
	生年月日	(2) 大 (3) 昭 (4) 平 (5) 令 年 月 日生	★職業・職種名		口 数	821	口	823	口	825	口	827	口	829	口
	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) 役職員・その家族			保 険 料 (分割払は1回分)	0J0	千 円	0J2	千 円	0J4	千 円	0J6	千 円	0J8	千 円
	被保険者番号				即時追加 保 険 料	0J1	千 円	0J3	千 円	0J5	千 円	0J7	千 円	0J9	千 円
4	氏名	フリガナ 漢字	(1) 男 (2) 女		型	830	型	832	型	834	型	836	型	838	型
	生年月日	(2) 大 (3) 昭 (4) 平 (5) 令 年 月 日生	★職業・職種名		口 数	831	口	833	口	835	口	837	口	839	口
	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) 役職員・その家族			保 険 料 (分割払は1回分)	0N0	千 円	0N2	千 円	0N4	千 円	0N6	千 円	0N8	千 円
	被保険者番号				即時追加 保 険 料	0N1	千 円	0N3	千 円	0N5	千 円	0N7	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	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	518 受取人指定・被保険者同意 (9) 別紙	519 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
---------------------------	----------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------	--------------	---------	----------

バ	特	①	②	確	021	
ン	殊	指	不	認	024	
ケ	示				025	022
ー	不					
記	備					
録						

～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～

次に該当される方は、別途所定の健康告知書をご記入ください。

- (1) 新規にご加入される方
- (2) 継続してご加入の方で、加入口数を増やされる方
- (3) 継続してご加入の方で、保険金額を増額される方
- (4) 継続してご加入の方で、てん補期間（保険金をお支払いする期間）を延長される方
- (5) 継続してご加入の方で、免責期間（保険金をお支払いできない期間）を短縮される方
- (6) 継続してご加入の方で、新たに家事従事者特約をセットされる方

保 険 種 類 コ ー ド 表	大分類	小分類	保険種類コード
	団体総合保険	団体用医療	7193
	所得補償保険	団体長期障害所得 (GLTD)	7002
		所得	7074