

（重要）★の項目は、告知事項です。事実と異なる内容に記載した場合、事実を記載しなかった場合には、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、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	〒753 - 0072	（自 宅）083 （922） 0123 （携 帯）（ ）
フリガナ	ヤマダチシ オオテマチ 9-1-1	
漢字	山口市 大手町 9-1-1	
氏名	漢字 共済 太郎	
フリガナ	キョウサイ タロウ	
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）	

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し、加入依頼書を依頼します。
署名欄（本人の場合のみ捺印）

ご署名
訂正（あり）

明細整理番号の使用方法是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	0001	明細整理番号1
522 職員番号	000123	明細整理番号2
523 明細整理番号3		明細整理番号3
524 明細整理番号4		明細整理番号4
525 明細整理番号5		明細整理番号5
526 明細整理番号6		明細整理番号6
527 明細整理番号7		明細整理番号7

< 漢字 >
KG6

組合員証の「記号」4ケタ
組合員証の「番号」6ケタ

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
業務費用	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
補償特約セットの場合	
加入者合計 保 険 料 (シート計) ※分割払は1回分	千 円 中途加入 の場合記入 千 円

ご署名はフルネームをお願いします。

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	氏 名	フリガナ	① 男 ② 女		800	0	千 4000	
	加入者と同じ場合は記入不要です。				801	1		
	生年月日	②大③昭④平⑤令 年 月 日生			802			
	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			803			
2	氏 名	フリガナ	① 男 ② 女		804			
	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			805			
	生年月日	②大③昭④平⑤令 年 月 日生			806			
	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			807			
3	氏 名	フリガナ	① 男 ② 女		808			
	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			809			
	生年月日	②大③昭④平⑤令 年 月 日生			810			
	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			811			
4	氏 名	フリガナ	① 男 ② 女		812			
	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			813			
	生年月日	②大③昭④平⑤令 年 月 日生			814			
	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			815			

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

（注）「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部について支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。

（※）傷害保険の場合、個人用傷害所得総合保険、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

（※）所得補償保険、団体長期障害所得補償保険の場合、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

（※）団体用医療保険の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

（※）個人賠償責任保険、ゴルフ保険、ハンター保険の場合、個人用傷害所得総合保険、ゴルフ保険、個人賠償責任保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

520 ★他の保険契約等（注） （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 （3）脱 退 （印）	前頁からの の 続 き	527 （1）	整理 番号
--------------------------	---------------------	----------------------	----------------	----------------	---------	----------

バリエーション 記 号	特 殊 指 示	① ② 確 認	021	024	025	022
----------------	------------	---------	-----	-----	-----	-----

～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