

<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。

ワークパル生命共済 加入申込書(兼 告知書)

申込日 令和 7 年 8 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、更新日まで支払います。

1. 年払い 2. 半年払い

署名

共済 太郎

共
済

ご本人の
会員番号
を記入く
ださい。

会員本人申込欄		ワークパル生命共済に加入する⇒		加入コース	
				D コース	
会員番号		00123-0003		事業所名 共済商会(株)	
加入者氏名		性別	生年月日		
カナ キョウサイ タロウ		男	昭和 50年 5 月 15 日 (46 歳)		
共済 太郎		女	平成		
〒 010-1413		住所 秋田市御所野地蔵田3-1-1 番地			
自宅 携帯: 080-22-2222		メール アドレス kyousai.taro@gmail.com			
死亡共済金受取人		1. 配偶者 氏名 共済 市子			
		2. その他 氏名 : (続柄)			
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)	はい	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)		はい
		いいえ			いいえ
	①・②のいずれかが「はい」の方	病名 発症日	高血圧症(5年程前から)		
	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?	治療法 薬名	オルメテック錠(5mg) ノルバスク錠(5mg)		

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)

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。

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		ワークパル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 キョウサイ イチコ		男	昭和 52年 4 月 10 日 (44 歳)		
共済 市子		女	平成		
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)	はい	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)		はい
		いいえ			いいえ
	①・②のいずれかが「はい」の方	病名 発症日	急性虫垂炎(R2.11月)		
	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?	治療法 薬名	手術後、7日間入院。現在、完治している。		

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。

共済団体コード 833 秋田市勤労者福祉振興協会

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。)