

ハートピア生命共済/傷害共済 加入申込書(兼 告知書)

申込日 令和 年 月 日

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、次回以降の掛金払込は以下の通りとし、更新日まで支払います。

1. 年払い		2. 半年払い		署名	印	
会員本人申込欄			1. 生命共済に加入する ⇒		コース	
			2. 経営者傷害共済に加入する ⇒		口	
会員番号		事業所名				
加入者氏名			性別	生年月日		
カナ			男	昭和		
			女	平成 年 月 日 (歳)		
〒		住所				
TEL: ()		メール アドレス				
死亡共済金受取人		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。		はい	②過去3年以内に疾病や怪我で、 5日以上入院をしたことがある。		はい
			いいえ			いいえ
	①・②のいずれかが「はい」の方 いつ、どのような病気・怪我で入院・ 通院・治療・投薬を受けていますか？		病(外傷)名 発症日			
			治療法 薬名			
配偶者申込欄			1. 生命共済に加入する ⇒		コース	
			2. 経営者傷害共済に加入する ⇒		口	
配偶者氏名			性別	生年月日		
カナ			男	昭和		
			女	平成 年 月 日 (歳)		
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。		はい	②過去3年以内に疾病や怪我で、 5日以上入院をしたことがある。		はい
			いいえ			いいえ
	①・②のいずれかが「はい」の方 いつ、どのような病気・怪我で入院・ 通院・治療・投薬を受けていますか？		病(外傷)名 発症日			
			治療法 薬名			

★配偶者様の死亡共済金の受取人は会員様になります。

共済団体コード	801	(公財)厚木市勤労者福祉サービスセンター	理事長 花上 滋
---------	-----	----------------------	----------

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。)