

茨城県市町村職員共済組合
「介護・認知症サポートプラン」加入依頼書

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。

申込日		令和 年 月 日			
申込人 (加入者)	住 所	〒	TEL(自宅)		(携帯)
		フリガナ			
	氏 名	漢字			
		フリガナ			
性別	漢字				ご署名欄
	フリガナ				
性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	満年齢
					歳

被保険者	氏 名	フリガナ				加入者との関係 ☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 子供 ☐ 親 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他同居親族					
		漢字									
	性別	☐ 男 ☐ 女					生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	満年齢	歳

ご希望の加入プラン一つに○をしていただき、「保険料」をご記入ください。

プラン名	加入プラン	月額保険料
ご自身向けプラン	☐ H1 ☐ H2 ☐ H3	
親御さま向けプラン	☐ P1 ☐ P2 ☐ P3	
		円

証 券 番 号		912519M415	
保険 期間	令和	年	月 日から
	令和	年	月 日まで

所属コード	
組合員番号	

※被保険者1名につき、加入依頼書1枚が必要です。
ご自身とご家族を被保険者とする場合は、
被保険者ごとに加入依頼書をご提出ください。

被保険者の方が別紙の「健康状態に関する告知書」を
被保険者ご本人自らご記入のうえ、告知者署名欄に
ご署名ください。