

加入申込票ご記入方法 ＜新規ご加入者様用＞

F A X 不可

1 大阪府職員生活協同組合 ゴルファー保険制度 加入申込票

申込人のご住所・ご氏名をご記入ください。
(フリガナも必ずご記入ください。)

①～⑨必ずご記入ください！

STEP 1 申込人情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。

保険期間 1日から 令和5年10月1日まで

住所 317 (カタカナ) オオサカシ チュウオウク オオテマエ 3-1-43
〒540-0008 399(漢字) 大阪市中央区大手前3-1-43

申込人名 307 (カタカナ) セイキョウ タロウ
「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。 347 フルネームでご署名ください。(漢字) 生協 太郎

職場名 018 (カタカナ) ソウムブ 所属コード 019 01234

2 必ず自筆署名が必要です。

加入申込日 010 令和R 4年 8月 20日

社員番号 017 123456

電話番号 011 06-6942-0198

生年月日 980 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 (R)令和 性 982 (男)1 (女)2 28年 9月 6日 別 (女)2

手続区分 下記のいずれかに○をつけてください。

新規に加入する
「新規に加入する」に○をつけてください。
のうえ、ご署名をご提出ください。

内容を変更する
前年度加入内容を追加、変更してご提出ください。

申込人の職員番号・電話番号・生年月日・性別をご記入ください。

継続加入しない場合(脱退)は、ご提出不要です。

4 大阪府職員生活協同組合

番号 099

旧加入者番号

旧識別コード L17

STEP 2 加入される方のご住所(カタカナ)・ご氏名(カタカナ、漢字)、生年月日・性別をご記入ください。

団体総合生活補償保険 ゴルファー保険制度 被保険者

住所 H41カタカナで記入 オオサカシ チュウオウク オオテマエ 3-1-43

氏名 J04 (カタカナ) セイキョウ タロウ
L67(漢字) 生協 太郎

生年月日 323 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 (R)令和 302 (男)1 (女)2 28年 9月 6日 性 別 (男)1 (女)2

団体との関係 L18 ◆ 1

コース名	S	A	B
年払保険料	7,000円	5,000円	2,500円

7 ご希望のコース名に○をしてください。

6 大阪府職員生活協同組合とのご関係を下記「ご記入にあたって」の0～7の数字でご記入ください。

必ずご確認ください

以下の項目をご確認のうえ、チェックボックスに必ずチェックをお願いいたします。→ 「必ずご確認ください」に記載の項目についてご確認のうえ、チェックボックスにチェックしてください。

・「ゴルファー向け保険のご案内」「重要事項のご説明」および「ご加入内容確認事項」についてPDFファイルにより提供を受けることに同意し、これらの内容を確認しました。
・ご加入の内容が意向に沿っていることを確認し、加入を申し込みます。

ご記入にあたって

●「※」印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。
事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払できないことがありますので、十分ご確認のうえご回答(記入)ください。

●「◆」団体との関係について下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。
・団体の …… 1: 構成員(子会社・関連会社の構成員、退職者を含む)
0: 会員企業等の役員・従業員
・上記1または0の …… 2: 配偶者 3: 子ども 4: 両親
5: 兄弟姉妹 6: 同居の親族 7: 使用人

STEP 3 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらもご確認のうえご記入ください。

(注)他の保険会社等における契約を含み、団体契約、共済契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険、普通傷害保険、賠償責任保険等を含む)がありますか。 (注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内に事故で保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。

※他の保険契約等がありますか? (あり) 保険金請求歴がありますか? (あり)

【ご注意】「あり」の場合裏面を必ずご記入ください。(ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。)

「他の保険契約等」がある場合は「あり」に○印のうえ、裏面の「※他の保険契約等」に必ず被保険者ごとにご記入ください。

前年合計保険料(1回分) 円 850 合計保険料(1回分) 円 7,000 円 受付日(社内使用) 令和 年 月 日

331 特記事項

計上用

8 加入される方全員の合計保険料をご記入ください。