

武田薬品工業 団体golfer保険 加入申込票

メッセージ

団体総合生活補償保険

センター送付

000 AAA 020 994
PR06 03 88 SD 354④

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。

内は必ずご記入ください。

住所 317 (カタカナ)
〒 〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇 (漢字)
399

申込人名 307 (カタカナ)
「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)

職場名 018 (カタカナ) 所属コード 019

加入申込日 010 令和R 年 月 日

社員番号 017

電話番号 011

生年月日 980 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 性 982 (男)1 (女)2

手続区分 下記のいずれかに○をしてください

新規に加入する → 全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。

内容を変更する [前年度加入内容を追加・変更して継続する] →

継続加入しない → ご署名のうえ、ご提出ください。

内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。

保険期間

令和 4 年 1 月 1 日 から
令和 5 年 1 月 1 日 まで

団体名

加入者番号 098

旧加入者番号 099

旧識別コード L17

STEP 2 申込内容についてご確認のうえご記入ください。

golfer保険 88/61

390 H41カタカナで記入

住所 300

氏名 J04 (カタカナ)
L67 (漢字)

生年月日 323 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 (R)令和 年 月 日

性別 302 (男)1 (女)2 団体との関係 L18 ◆

加入セット欄 A B C D

その他の項目 項目No. 内容

390 H41カタカナで記入

住所 300

氏名 J04 (カタカナ)
L67 (漢字)

生年月日 323 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 (R)令和 年 月 日

性別 302 (男)1 (女)2 団体との関係 L18 ◆

加入セット欄 A B C D

その他の項目 項目No. 内容

390 H41カタカナで記入

住所 300

氏名 J04 (カタカナ)
L67 (漢字)

生年月日 323 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 (R)令和 年 月 日

性別 302 (男)1 (女)2 団体との関係 L18 ◆

加入セット欄 A B C D

その他の項目 項目No. 内容

390 H41カタカナで記入

住所 300

氏名 J04 (カタカナ)
L67 (漢字)

生年月日 323 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 (R)令和 年 月 日

性別 302 (男)1 (女)2 団体との関係 L18 ◆

加入セット欄 A B C D

その他の項目 項目No. 内容

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。

331 特記事項

(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)をい、積立保険を含みます。)

※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。)

R50 合計保険料 (一回分) 円 前年合計保険料 (一回分) 円

受付日(社内使用欄) 令和 年 月 日 計上用

STEP 3 表面のSTEP3で「あり」と回答している場合はご記入ください。

※他の保険契約等

被保険者氏名	賠償支払限度額・保険金額合計
	万円
	万円
	万円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

保険金請求歴

被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
		回	円
		回	円
		回	円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。