ひたちなかSC生命共済　加入申込書(兼 告知書)

申込日 令和　　年　　月　　日

私は本共済のパンフレット、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。
記載の事項は事実に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、更新日までに支払います。

1. 年払い　　2. 半年払い　　**署名**　　**印**

会員本人申込欄	**ひたちなかＳＣ生命共済に加入する ⇒**		**加入コース** **コース**
事業所番号ー会員番号	ー	事業所名	
加入者氏名		性別	生 年 月 日
フリガナ		男	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
		女	
〒	住所		
自宅 携帯	（　　）	メール アドレス	@
死亡共済金受取人	1. 配偶者　　氏名 ：		
	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年以内に疾病により、5日以上の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 ③いつ頃、どの様な疾病で入院・通院治療・投薬を受けてますか？	病名 発症日		
		治療法 薬名		

配偶者申込欄	**ひたちなかＳＣ生命共済に加入する ⇒**		**加入コース** **コース**
配 偶 者 氏 名		性別	生 年 月 日
フリガナ		男	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
		女	
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年以内に疾病により、5日以上の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 ③いつ頃、どの様な疾病で入院・通院治療・投薬を受けてますか？	病名 発症日		
		治療法 薬名		

共済団体コード	812	（公財）ひたちなか市生活・文化・スポーツ公社　勤労者福祉サービスセンター

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。）**