

<加入申込書:ご記入見本>

記載事項・申込内容を確認頂き、  
会員ご本人がご署名ご捺印ください。

ひたちなかSC生命共済 加入申込書(兼 告知書)

申込日 令和 5 年 2 月 15 日

どちらか  
を選択し  
て下さ  
い。

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、下記の契約を申込みます。  
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、次回以降の掛金払いは以下の通りとし、更新日までに支払います。

1. 年払い      2. 半年払い      署名 **勝田 太郎** **日**

ご本人の  
会員番号  
を記入く  
ださい。

|         |                   |      |                          |
|---------|-------------------|------|--------------------------|
| 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<br><b>D</b><br>コース |
| 会員番号    | 001234-0003       | 事業所名 | 勝田商会(株)                  |

ご希望の加  
入コースを  
選択して下  
さい。

|                     |  |   |
|---------------------|--|---|
| 加入者氏名               | 性別   | 生年月日  |
| フリガナ <b>カツタ タロウ</b> | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | <b>昭和</b><br>平成 <b>50年 5 月 15 日 ( 46 歳)</b> |
| <b>勝田 太郎</b>        |  |   |

受取人を  
ご指定下  
さい。  
(他人は指  
定できま  
せん)

〒 312-0052      住所 **茨城県ひたちなか市東石川1279番地**

自宅      メール **hitachinaka.taro@workplaza.or.jp**  
携帯: **029-271-0520**      アドレス

死亡共済金受取人  1. 配偶者 氏名 **勝田 市子**  
2. その他 氏名: (続柄 )

医師の治  
療・処方薬  
について具  
体的な薬  
名・容量を  
記入下さ  
い。

|        |  |   |  |   |
|--------|--|---|--|---|
| 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) | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | ②過去3年以内に疾病で、5日以上入院をしたことがある。(外傷での入院を除く) | <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ |
|        | ①・②のいずれかが「はい」の方                        | 病名<br>発症日   | <b>高血圧症(5年程前から)</b>                    |   |
|        | ③いつ頃、どのような疾病で入院・通院治療・投薬を受けていますか?       | 治療法<br>薬名   | <b>オルメテック錠(5mg)ノルバスク錠(5mg)</b>         |   |

配偶者様  
のお申込  
みは、会  
員様の加  
入が条件  
となります。

|        |                   |                          |
|--------|-------------------|--------------------------|
| 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<br><b>C</b><br>コース |
|--------|-------------------|--------------------------|

会員様と同  
額が少ない  
死亡共済金  
のコースを  
選択して下  
さい。

|                     |  |   |
|---------------------|--|---|
| 配偶者氏名               | 性別   | 生年月日  |
| フリガナ <b>カツタ イチコ</b> | <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女 | <b>昭和</b><br>平成 <b>52年 4 月 10 日 ( 44 歳)</b> |
| <b>勝田 市子</b>        |  |   |

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。**

入院時期入  
院日数完治  
又は  
継続治療中  
など、具  
体的にご記  
入下さい。

|        |  |   |  |   |
|--------|--|---|--|---|
| 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) | <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ | ②過去3年以内に疾病で、5日以上入院をしたことがある。(外傷での入院を除く) | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ |
|        | ①・②のいずれかが「はい」の方                        | 病名<br>発症日   | <b>急性虫垂炎(R2.11月)</b>                   |   |
|        | ③いつ頃、どのような疾病で入院・通院治療・投薬を受けていますか?       | 治療法<br>薬名   | <b>手術後、7日間入院。現在、完治している。</b>            |   |

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。)