

異動コード 59089	団体番号 300240-3
保険契約者(団体名) 13 結合番号 00000	日本税理士共済会
34 所属番号	
84 個人番号	
被保険者(職員)番号	

(無配当医療保障保険(団体型))

加入日 (効力開始日)	2010年 8月 5日	申込日 (告知日) 必ずご記入 ください	20 年 月 日
----------------	-------------	-------------------------------	----------

保険契約者 日本税理士共済会	印
(お届け印)	
下記の者が加入資格を有することを確認しました。	
内容に変更がない場合は申込書の提出は不要です。 なお、保障内容の変更は更新時のみとなります。	
申込締切日は平成22年5月7日となります。	

私は裏面「被保険者同意事項」を確認し、また、告知欄の内容が事実と相違ないことを誓約のうえ、この保険契約への加入を申し込みます。  
 ★基本保障プラン+生活習慣病重点保障プランの合算で3口以下となるように○で囲んでください。  
 ★ただし、配偶者は2口以下の口数を○で囲んでください。(入院給付金日額…1口あたり5,000円)

家族区分	被保険者名	被保険者押印欄	追加告知	性別	生年月日	基本保障プラン	オプション保障プラン				死亡保険金受取人名	続柄名	続柄コード 受取人数
							生活習慣病重点保障	疾病障害一時金保障	介護一時金保障	傷害保障			
本人	フリガナを記入してください	印	該当する	女	昭和 平成	3口 2口 1口 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容	5201 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容	0065 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容	0061 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容	0063 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容	フリガナを記入してください		195
配偶者	フリガナを記入してください	印	該当する	男	昭和 平成	2口 1口 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容	5201 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容	0065 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容	0061 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容	0063 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容			196
子ども1	フリガナを記入してください	印	該当する	女	昭和 平成	1口 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容							
子ども2	フリガナを記入してください	印	該当する	男	昭和 平成	1口 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容							
子ども3	フリガナを記入してください	印	該当する	女	昭和 平成	1口 ③ 同額継続 ② 脱退 現在加入内容							

受取人続柄コード・・・1:配偶者 2:子ども 3:父母  
4:祖父母 5:兄弟姉妹  
※配偶者は本人を上回る口数を選択できません。  
※加入者全員に死亡保険金100万円が付加されています。  
※配偶者・子どもの死亡保険金受取人は、本人となります。

以下の会員情報を必ずご記入ください。

所属会名	税理士会	支部
税理士登録番号		
フリガナ	印	
税理士名		
生命保険料控除 証明書の要否	要 不要 (いずれかを○で囲んでください。)	
書類送付先 <input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 TEL: ( )	

本人の医療保険制度 377  
 医療保険制度… 1:組合保険 2:協会けんぽ 3:国民健保  
 4:国民健保(退職者) 5:共済組合  
 6:船員保険 7:後期高齢者医療制度

裏面告知欄をご確認ください。告知事項1. 2. 3. 4. 5. にひとつでも該当するときは追加告知欄に○をつけ、別紙被保険者告知書に詳細をご記入のうえ提出してください。  
 9 本人の代理請求人について  
 ご指定される場合、氏名(カタカナ)・続柄をご記入ください。また続柄コードは以下の番号より選択ください。  
 1:配偶者 2:子ども 3:父母 4:祖父母 5:兄弟姉妹  
 代理請求人指定可能な特約に申し込みのない場合、代理請求人の指定は無効です。

本人の代理請求人	カナ氏名	続柄名	続柄コード
378		402	403

裏面「被保険者同意事項」を必ずお読みいただき、内容を確認・ご了解のうえお申し込みください。

治療給付率 : 0%  
 給付金受取人 : 主契約の被保険者様

