

<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。

ジョイブ静岡生命共済 加入申込書(兼 告知書)

申込日 令和 6 年 2 月 15 日

どちらか  
を選択し  
て下さ  
い。

私は本共済のパフレット、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、次回以降の掛金払込は以下の通りとし、更新日までを支払います。

1. 年払い      2. 半年払い      署名 **共済 太郎**      **共済**

ご本人の  
会員番号  
を記入く  
ださい。

会員本人申込欄	ジョイブ静岡生命共済に加入する⇒			加入コース <b>D</b> コース
会員番号	00123-0003	事業所名	共済商会(株)	
加入者氏名		性別	生年月日	
カナ	キョウサイ タロウ	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	
<b>共済 太郎</b>		50年 5 月 15 日 ( 49 歳)		
〒 273-0005	住所 静岡県静岡市本町4-19-6			

ご希望の加  
入コースを  
選択して下  
さい。

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

自宅  
携帯: 0285-22-2222      メール  
アドレス kyou sai.taro@gmail.com

死亡共済金受取人  1. 配偶者 氏名 共済 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。

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

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
	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？	病名 発症日	<b>高血圧症(5年程前から)</b>	
		治療法 薬名	<b>オルメテック錠(5mg) ノルバスク錠(5mg)</b>	

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

配偶者申込欄	ジョイブ静岡生命共済に加入する⇒			加入コース <b>C</b> コース
配偶者氏名	性別	生年月日		
カナ	キョウサイ イチコ	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	
<b>共済 市子</b>		52年 4 月 10 日 ( 47 歳)		

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。

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)	<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 type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	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？	病名 発症日	<b>急性虫垂炎(R5.11月)</b>	
		治療法 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 828      公益財団法人 静岡市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。)