キ リ ト リ セ ン

青色共済 新規 追加 加入申込書（票）

（この契約は、平成24年8月1日から有効（※）となります。）

申込日 平成　年　月　日

募集者印

※保障（補償）の開始時間は損保引受分が午後4時から、それ以外の生保引受分・自家共済部分が午前0時からになります。

東京青色申告会連合会共済会　御中

私は、東京青色申告会連合会共済会（以下共済会）の目的に賛同し、本申込書（票）の記載内容および別記告知内容（下記①②）は事実に相違ないこと、加入者が加入資格を有すること、保障（補償）内容が意向に沿っていることを下記加入者とともに確認のうえ申込いたします。また、経営破綻時の資金援助措置に関する説明を含む当制度についての重要事項に関する説明書類を受け取るとともに、その内容ならびに個人情報の取扱いにつき承知・同意しております。

会番号	事業所コード(右ヅメ)	支部名	班名
		支部	班

加入年月日	事業所名（フリガナ）	事業主名（フリガナ）	事業主告知確認欄
西暦 2012年 8月 1日			印

郵便番号	事業所住所（フリガナ、左ヅメ）
	市区

組織コード	会	支部	班	事業所電話番号
14				－ －

加入者は、加入にあたって、経営破綻時の資金援助措置に関する説明を含む当制度についての重要事項に関する説明書類を受け取るとともに、その内容ならびに個人情報の取り扱いにつき承知・同意しております。また、本申込書（票）の記載内容および別記告知内容（下記①②）は事実に相違ないことを誓約します。さらに、保障（補償）内容が意向に沿っていること、青色共済の損害保険会社引受部分については、保険金受取人に代わり共済会が引受保険会社に請求を行い、受領した保険金を共済会（青色申告会）より保険金受取人にお支払いする仕組みとなっていることを確認しています。

団体傷害保険はご加入手続きに際し、以下の事項を十分にご確認ください。

1. この制度が以下の点で**お客さまのご希望に合致した内容となっていることをパンフレット・『特に重要なお知らせ』でご確認ください。**万一、ご希望に合致しない場合は、ご加入内容を再度ご検討ください。

保険金のお支払事由
（主契約、セットしている特約を含みます。）
保険金額（ご契約金額）
保険期間（保険のご契約期間）
保険料・保険料払込方法

加入者氏名（フリガナ）			区分	性別	※職業・職種	※生年月日		口数	受取人氏名（フリガナ）		続柄
氏	名	印	事業主 専従者 従業員	男 女		昭和 平成 年 月 日		①	氏	名	
氏	名	印	事業主 専従者 従業員	男 女		昭和 平成 年 月 日		①	氏	名	
氏	名	印	事業主 専従者 従業員	男 女		昭和 平成 年 月 日		①	氏	名	
記入例 アオ ゾラ タ ロウ 青空 太郎		青空	事業主 専従者 従業員	男 女	青果販売	昭和 平成	3年0月0日	①	アオ ゾラ ノリ コ 青空 紀子		1 妻

団体傷害保険はご加入手続きに際し、以下の事項を十分にご確認ください。

2. 記載・記入の漏れ・誤りがないかご確認ください。
以下の項目は、正しい保険料の算出や適切な保険金のお支払等に必要な項目です。
記載・記入の漏れ・誤りがある場合には、訂正あるいは追記をお願いいたします。

皆さまがご確認ください。

- 「生年月日」欄、「性別」欄、「職業・職種」欄、「他の保険契約等」欄は正しくご記入されてますか?
- 被保険者（補償の対象者）の範囲はご希望どおりとなってますか?

★太枠部分をご記入ください。　★事業所名の欄は、事業所名のないときは、空欄にして下さい。　★受取人の続柄は、配偶者→1，子→2，父→3，母→4，その他→9と入れて下さい。

〔告知欄〕 ① 加入申込日現在正常に就業し、かつ過去1年以内にチラシ記載の病気により入院、手術および医師の指示による2週間以上の通院服薬、治療を受けたことがないことを確認の上押印いたします。

※印がついている項目が告知事項です。この項目が事実と異なる場合、または、事実を記載しなかった場合には、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので加入申込書（票）の内容を必ずご確認下さい。

下記②③が「あり」の場合、必ずご記入下さい（ご記入のない場合には、「なし」と回答したこととなります。）。

他の保険契約等　※②本契約以外のケガの危険を補償する保険契約はありますか。

加入者氏名	保険種類	保険会社	満期日	保険金額(千円)	入院日額（円）

③過去3年以内に傷害保険金（5万円以上）を請求または受領したことがありますか。

加入者氏名	保険会社	回数	合計金額（円）