

全福ワンコイン傷害共済 加入申込書 (兼 告知書)

<会員本人申込欄>

申込日 令和 年 月 日

所属SC名	※添付のSC一覧より所属SC名をご記入下さい。	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、下記の通り申込ます。 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、更新日まで支払います。
		・掛金は年間分を一括払いします。 署名 _____ 印

会員番号	加入者氏名		性別	生年月日			加入コース	死亡共済金受取人	
	カナ		1 男	3 昭				1. 配偶者	
	漢字		2 女	4 平	年	月	日	□	2.その他
会員事業所名									

ご連絡先	〒	—	カナ						
	住所	都道府県							
	☎	()	—	メールアドレス	@				

<告知:各質問事項にお答えください。(はい:いいえ どちらかを○で囲んでください。)>

①現在、不慮の事故による外傷で入院している。 (病気で入院は除く) 又は障害等級認定を受けている	はい	②現在、怪我の治療の為に定期的に通院している。 (リハビリ治療含む、病気治療を除く)	はい	①・②のいずれかが「はい」の方	<外傷名・事故日>
	いいえ		いいえ	③どのような怪我で入院・通院・治療を受けてますか？	<治療内容・障害等級>

申込書をご記入の上、右記まで送付ください。 FAX 03-6908-7611 全福ワンコイン傷害共済事務局