

<加入申込書：ご記入見本>

内容確認頂き、ご署名ご捺印ください。

(引受元 友愛共済協同組合)

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 3 年 7 月 5 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、更新日までに支払います。 ・掛金は年間分を一括払います。 署名 全福 太郎
	〇〇〇〇SC	

全福

所属SCの
会員番号
を記入く
ださい。

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
123456	カナ ゼンブク タロウ	1男 3昭	53年 8月 15日	4口	1. 配偶者
	漢字 全福 太郎	2女 4平			2. その他
会員事業所名	全福商店				

配偶者様
がない
場合には
その他に
受取人を
ご指定下
さい。

勤務先を
記載くだ
さい

ご連絡先	〒	130-0026	カナ	スマダク リョウゴク	1-1-1
	住所	東京	都道府県	墨田区 両国	1-1-1
	☎	(090) 3333 - 5555	メール アドレス	zenpuku-tarou @ gmail.com	

普段ご使
用のアド
レスをご
記入くだ
さい。

ご自宅
又は
携帯電話

<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)	はい	②現在、怪我の治療の為に通院している。(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> 2021.2.2 右膝前十字靭帯断裂
又は障害等級認定を受けている	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> 手術後、3週間入院。 リハビリ治療後、現在完治

治療内容
等お分か
りの範囲
でご記入
ください

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