

✂ キリトリ線

申込書を入れてから封をしてください。

✂ キリトリ線

料金受取人払郵便

460-8745

名古屋中局

承認

8903

差出有効期間
令和8年1月1日
まで

(切手不要)

名古屋中郵便局私書箱第六十三号

愛知県共済生活協同組合

保険課



やま折り

斜線部にのりを付けてください。

✂ キリトリ線

斜線部にのりを付けてください。

✂ キリトリ線

✂ キリトリ線

封筒を切り取り、のりを付けてください。

黒か青の消せないペンで太枠内をご記入ください。

団体総合生活保険(個人賠償責任補償)加入申込書

愛知県共済生活協同組合御中 令和7年始期版

重要事項説明書の記載事項を了承し、1口(100円)の出資を引き受け組合に加入し、下記の通り保険契約を申し込みます。この申込書および質問表に記載の各事項が事実と相違ないことを誓約します。

| 事務処理欄 | |
|---------|------------|
| 加入番号 | 0018 T0000 |
| 申込経路・付随 | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|----------------------|-------------------|------------------------------------|----|-----|------|
| [0001] 令和 3 年 月 日 | | [0024] 原票種類 K001 | | | | | |
| 加入申込みをされる方(被保険者) | カナ [0A08] | 印 | | | | | |
| | 漢字(ご署名欄) [0W09] | | | | | | |
| | 私は【ご加入時の同意内容について】を確認し、契約者である団体に対して加入申込みをします。 | | 生年月日 [0013] | 性別 [0014] | | | |
| | 〒 [0003] | TEL(自宅) [0010] | TEL(自宅以外) [0W31] | 1.本人携帯 2.()様 | | | |
| ご住所 | カナ [0A04] | [1121] タイプ名 | | | | | |
| | 漢字 [0W06] | 国内無制限 国内1億円 (2,560円) | | | | | |
| | 漢字 [0W07] | 国内1億円 国内1億円 (2,260円) | | | | | |
| | | A B | | | | | |
| [1109] 保険の対象となる方(被保険者) | 保険会社・共済組合 | 保険種類 | 満期日 | 支払限度額(単位:万円) | | | |
| ★他の保険契約等※(個人賠償について) [あり] | | | | | | | |
| [0002] 令和 7 年 月 1 日 | 払込方法・回数 | [1103] ご加入者と同じ | [1110] ご加入者ご住所と同じ | [1108] 加入者からみた続柄 (本人) [0019] 新規に加入 | | | |
| 保険(補償)期間 ~ 令和 8 年 1 月 1 日 | 団体・引去一時払 | | | [0022] 個人賠償保険料 | | | |
| 営業店 [0027] (37U1) 愛知公務金融部 | 項目 | コード | 内容 | | | | |
| 代理店 [0028] (3181) 愛知県共済生活協同組合 | | | | | | | |
| 契約者 [0029] (HU281) 愛知県共済生活協同組合 | | | | | | | |
| 組合使用欄 | 受付 | 消印 | 確認 | 登録 | 照合 | 受発送 | 組合員証 |
| 取扱者() | | | | | | | |

2024年8月作成 24T-000771

【ご加入時の同意内容について】私と被保険者(保険の対象となる方)全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入申込みをします。

①私が契約者である企業または団体の構成員であること ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容

②重要事項説明書の内容 ④重要事項説明書記載の「個人情報の取扱い」の内容

★が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。

※他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

クレジットカード決済を希望の方 ▶ クレジットカード決済申込書

▼共済掛金等を決済するクレジットカード情報をご記入ください。

●アメックスカード、ダイナースカードの場合は、会員番号を左詰めでご記入ください。

| | | | | | | | | | | | |
|------------|------|-------|--|----|--|--|--|--|--|--|--|
| クレジットカード情報 | 会員番号 | | | | | | | | | | |
| | 有効期限 | (月/年) | | 署名 | | | | | | | |

私は、共済掛金等をクレジットカード決済により払込むことにしたいので、下記1~5の事項を確約のうえ「共済掛金等の決済クレジットカード」を指定します。

- 私が支払うべき共済掛金等を私が指定するクレジットカードで、クレジットカード会社の会員規定に基づいて支払います。
- 私から解約の申し出をしない限り、継続して共済掛金等を私が指定したクレジットカードにより支払います。
- 私が指定したクレジットカードの会員資格を喪失した場合あるいは支払状況等によっては、愛知県共済生活協同組合および私の指定したクレジットカード会社の判断により一方的に本支払方法を解約されてもさしつかえありません。
- カード紛失等で私の指定したクレジットカードの会員番号が変更となった場合、私の事前承諾なしに新しい会員番号がクレジットカード会社より愛知県共済生活協同組合に通知されてもさしつかえありません。
- 私は、愛知県共済生活協同組合に届け出たクレジットカードの番号等に変更があった場合、遅滞なく愛知県共済生活協同組合にその旨を連絡します。

T 0 0 0 0

加入申込書 記入例

加入申込書は加入されるご本人様をご記入ください。

加入申込書

加入申込みをされる方の欄をご記入いただき、重要事項説明書の内容を了承のうえご捺印ください。

アパート・マンション等にお住まいの方は名称、棟数、部屋番号もご記入ください。

記入された日をご記入ください。

タイプ名に○を付けてください。

補償内容が同様の保険契約を他にご契約されているときは★他の保険契約等の欄の「あり」に○を付け、右の欄に詳細をご記入ください。ご不明の場合は空欄とせず、各欄へ「詳細不明」と必ずご記入ください。

黒か青の消えないペンで太枠内をご記入ください。

団体総合生活保険(個人賠償責任補償)加入申込書

愛知県共済生活協同組合 令和7年始期版

重要事項説明書の記載事項を了承し、1口(100円)の出資を引き受け組合に加入し、下記の通り保険契約を申し込みます。この申込書および質問表に記載の各事項が事実と相違ないことを誓約します。

事務処理欄
加入番号 0018 TO000
申込書種別 4188

ご記入日(加入申込日) 令和 6年 11月 1日

お名前
姓 アイチ タロウ
名 愛知 太郎
漢字(ご署名欄) 愛知 太郎

生年月日 40年 1月 1日
性別 男

〒 460-0025
TEL(自宅) 052-331-7070
TEL(自宅以外) 090-△△△△-△△△△

ご住所
カナ アイチケンナゴヤシナカクフルワタリチョウ11-33 アイチケンキョウサイアパート101号
ローマ字 アイチケンナゴヤシナカクフルワタリチョウ11-33 アイチケンキョウサイアパート101号
愛知県名古屋市中区古渡町11-33 愛知県共済アパート101号

タイプ名
国内無制限 国内1億円 (2,560円)
国内1億円 国内1億円 (2,280円)
A B

保険の対象となる方(被保険者) 保険会社・共済組合 保険種類 満期日 支払限度額(単位:万円)
★他の保険契約等(個人賠償責任) あり

保険(補償)期間 令和 7年 月 1日
～ 令和 8年 1月 1日
払込方法・回数 団体・引当一括払
個人賠償保険料 2,560 円

営業店 (37U1) 愛知公務金融部
代理店 (3181) 愛知県共済生活協同組合
契約者 (HU281) 愛知県共済生活協同組合

組合使用欄
取扱者()

【ご加入時の同意内容について】私と被保険者(保険の対象となる方)全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入申込みをします。
①私が契約者である企業または団体の構成員であること ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
②重要事項説明書の内容 ④重要事項説明書記載の「個人情報」の取扱いの内容
★が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。
※他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

クレジットカード決済を希望の方 クレジットカード決済申込書

▼共済掛金等を決済するクレジットカード情報をご記入ください。
●AMEXカード、ダイナースカードの場合は、会員番号を左記欄で記入してください。

私は、共済掛金等をクレジットカード決済により払込むことにしたいので、下記1～5の事項を誓約のうえ「共済掛金等の決済クレジットカード」を指定します。

1. 私が支払うべき共済掛金等を私が指定するクレジット カード決済で私の指定したクレジットカードの会員番号が変更された場合、私の専断で変更し、新しい会員番号がクレジットカード会社より愛知県共済生活協同組合に連絡されるまでお知らせください。
2. 私が指定したクレジットカードにより支払います。
3. 私が指定したクレジットカードの会員資格を喪失した場合、私は、愛知県共済生活協同組合に届け出たクレジットカードの番号等に変更があった場合、遅滞なく愛知県共済生活協同組合にその旨を報告します。
4. カード決済で私の指定したクレジットカードの会員番号が変更された場合、遅滞なく愛知県共済生活協同組合にその旨を報告します。
5. 私は、愛知県共済生活協同組合に届け出たクレジットカードの番号等に変更があった場合、遅滞なく愛知県共済生活協同組合にその旨を報告します。

※より一時的に本支払方法を解約されても大丈夫です。必ず一時的に本支払方法を解約されても大丈夫です。

有効期限 (月/年) 署名 T 0 0 0 0

クレジットカード決済申込書

有効期限切れのクレジットカードはご利用いただけません。

ご指定可能なクレジットカード



被保険者本人名義のクレジットカードをご指定ください。

*お客様控のない加入申込書の場合は、お手数ですがコピーをお取りいただき大切に保管してください。