

単位共済会控・本人控をコピーして保管してください。

国公共済会受付印

団体生命共済加入申込書

証書番号	単位共済会コード	D	-							
	加入者番号※									
団体生命単位共済会名										
職場名(職場コード)		()								

※加入者番号は、国公共済会で配番しますので記入しないでください。

申込日	年	月	日
効力発生希望月	年	月	

	0 組合員	1 配偶者	子 ^② 扶養の子 ^③ その他の子	子 ^② 扶養の子 ^③ その他の子	子 ^② 扶養の子 ^③ その他の子
氏名	フリガナ				
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
性別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
健康告知	該当 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	該当 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	該当 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	該当 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	該当 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
口数	一律分 <input type="checkbox"/>				
	上積分 <input type="checkbox"/>				
	合計 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
掛金額	円	円	円	円	円

※子は2か3に○をつけてください。

※健康告知欄は必ずご記入ください。「集団加入単位共済会」の場合、該当する方は加入できません。「全員加入単位共済会」の場合、該当する方は一律分のみ加入できます。

掛金合計金額	円
--------	---

1口当たりの掛金月額 () は年間掛金額

加入の形態	払込方法	30歳以上の組合員	30歳未満の組合員	配偶者	同一生計の未婚の子	
					扶養している ①20歳未満の子 ②25歳未満の在学中の子	その他の子
一律加入	月払	28円	25円	-	-	-
	年払	26円 (312円)	24円 (288円)	-	-	-
個人上積	月払	28円	25円	28円	20円	28円
	年払	27円 (324円)	24円 (288円)	27円 (324円)	19円 (228円)	27円 (324円)

※配偶者と子の加入

- ・組合員が加入していなければ、加入できません。
- ・5口から組合員と同口数の範囲で加入できます。
- ・3歳未満の子は、30口までです。
- ・健康告知が必要で、健康告知基準に該当する方は加入できません。

※掛金の払込(月払か年払)

- ・単位共済会ごとに統一したものととなります。「一律分は年払」、「上積分は月払」などの選択はできません。

国公共済会使用欄

役員	役員	照合	掛金	加入

※お預かりした個人情報は、国公共済会の共済事業以外には使用しません。