

新規加入・増口するには、健康である（健康告知基準に該当しない）ことが条件となります。

保険診断申込書

（保険既加入者用）

国公共済会 F A X

03-3580-2885

基本事項

フリガナ
お名前 男・女（ 歳）
電話番号 ※昼間通じる番号を記入 生年月日 S・H・R 年 月 日
FAX番号 採用年月 S・H・R 年 月
所属組合 国公共済会 加入している 加入していない

ご家族について

配偶者 お名前 生年月日 (S・H・R 年 月 日 歳)
 有 無 職業 (専業主婦(夫) 正規勤務 パート その他)
子ども お名前 生年月日 (S・H・R 年 月 日 歳)
 有 無 お名前 生年月日 (S・H・R 年 月 日 歳)
お名前 生年月日 (S・H・R 年 月 日 歳)

収入について

ご本人 年収 (万円)
号棒 (級 号) ※わかる場合に記入 配偶者 年収 (万円)

お住まいについて

1 持家 (ローン 有 無、形態 戸建 集合) ・実家含む
 2 借家・宿舍

現在契約している保険・共済など（証券の写しを一緒に送ってください）

※2社以上と契約している場合はすべて記入してください。

その他

※希望保障額がある場合は
ご記入ください。 死亡 (万円)、入院日額 (円)

保険診断にあたり希望すること（保険料を安くしたい、適正な保障額が知りたいなど）

診断結果の回答方法は？（急ぎの時はFAX後電話してください。通常は1ヶ月程度かかります）

電話 F A X 郵 送 メール ※郵送の場合は住所を、メールの場合はアドレスをお書き下さい。

住 所 (〒)

メールアドレス ()

※送付する保険証券以外に加入している保険・共済は、その種類や保障額等をお知らせください。

※回答はあくまでアドバイスであり、保険の見直しは個人の責任でおこなってください。

※お預かりした個人情報、国公共済会の事業以外には使用しません。