

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

（保険未加入者用）

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 <input type="radio"/> 加入している <input type="radio"/> 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)
<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	職業 ( <input type="radio"/> 専業主婦(夫) <input type="radio"/> 正規勤務 <input type="radio"/> パート <input type="radio"/> その他 )
子ども	お名前 生年月日(S・H・R 年 月 日 歳)
<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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	
<input type="radio"/> 1 持家 ( <input type="checkbox"/> 一軒 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 、形態 <input type="radio"/> 戸建 <input type="radio"/> 集合 ) ・実家含む	
<input type="radio"/> 2 借家・宿舍	

## ●保険診断にあたり希望することは (□にチェックを入れてください)

- 国公共済会のおすすめプランを知りたい。
- 国公共済会の制度について詳しく知りたい。
- 適正な必要死亡保障額について知りたい。
- 適正な医療保障額について知りたい。
- その他 ( )

## ●希望する回答方法は (□にチェックを入れてください)

- 詳細を説明した保険診断書が欲しい。(  郵送  メール  FAX )  
住所 (〒 - )  
メールアドレス ( )
- 電話で説明を受けながら、相談したい。

※保険診断書をお送りする場合には、お申込みから1ヶ月程度かかることがあります。

※お預かりした個人情報は、国公共済会の事業以外には使用しません。