

令和5年度

新・団体医療保険加入依頼書

※加入者は、募集文書または損害保険ジャパン株式会社の公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な同意を得たうえ、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。
 【重要】★の項目は「告知事項」です。事実と異なる内容を記載した場合や事実を記載しなかった場合には、ご契約を解除し保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

所属コード	所属名	組員コード	加入申込人(ご署名欄) 告知義務などの内容を確認し、 個人情報の取扱いに同意のうえ、 加入を依頼します。	連絡先
				() -

① 新規加入する	<加入希望コース>	コース	※告知書と当加入依頼書をご提出ください	
② 加入コースを変更する	<現在>	コース	⇒	<変更後>
	★他の保険契約等	(あり)	→	ありの場合は詳細を下記にご記入ください。

※別途告知書が必要となるケースがございます。

「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部について支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。

(※) 団体用医療保険の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、こ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損害保険のご契約または共済契約をいいます。

■他の保険契約等

	被保険者名	会社名	保険種類	満期日	保険金額	入院保険金日額	通院保険金日額
被保険者1				年 月 日	万円	円	円
被保険者2				年 月 日	万円	円	円

③ 満期脱退する

満期脱退を希望される方は 3 に○印をしてください。
 前年同等内容で継続を希望される方は、変更依頼書の提出は不要です。
 保険期間は 令和5年10月1日から1年間となります。

問い合わせ先

県庁生協総務部総務課
 ダイヤルイン087-832-3822 (内線5835)
 保険契約者 香川県庁消費生活協同組合