

<加入申込書:ご記入見本>

記載事項・申込内容を確認頂き、
会員ご本人がご署名ご捺印ください。

両毛メート生命共済 加入申込書(兼 告知書)

申込日 令和 5 年 2 月 15 日

どちらか
を選択し
て下さ
い。

私は本共済のパフレット、重要事項説明書の内容を承知・同意の上、下記の契約を申込ます。
記載の事項は事実と相違ないことを誓約し、虚偽記載があった場合、共済金が支払われない事に同意します。
また、次回以降の掛金払込は以下の通りとし、更新日まで支払います。

1. 年払い 2. 半年払い 署名 両毛 太郎 両毛

ご本人の
会員番号
を記入く
ださい。

会員本人申込欄	両毛メート生命共済に加入する⇒			加入コース D コース
会員番号	00123-0003	事業所名	両毛商会(株)	
加入者氏名		性別	生年月日	
カナ	リョウモウ タロウ	男	昭和 50年 5 月15 日 (46 歳)	
両毛 太郎		女	平成	
〒 326-0822	住所 栃木県足利市田中町32-11			
自宅 携帯: 0284-22-2222	メール アドレス ryoumou.taro@gmail.com			
死亡共済金受取人		1. 配偶者 氏名 両毛 市子		
		2. その他 氏名 : (続柄)		
加入者告知欄	①現在、医師の治療を受け、 継続して通院、服薬している。 (外傷での治療は除く)	はい	②過去3年以内に疾病で、 5日以上入院をしたことがある。 (外傷での入院を除く)	はい
		いいえ		いいえ
	①・②のいずれかが「はい」の方	病名 発症日	高血圧症(5年程前から)	
③いつ頃、どのような疾病で入院・ 通院治療・投薬を受けていますか?	治療法 薬名	オルメテック錠(5mg) ノルバスク錠(5mg)		

ご希望の加
入コースを
選択して下
さい。

受取人を
ご指定下
さい。
(他人は
指定でき
ません)

医師の治
療・処方薬
について具
体的な薬
名・容量を
記入下さ
い。

配偶者様
のお申込
みは、会
員様の加
入が条件
となります。

会員様と同
額か少ない
死亡共済金
のコースを
選択して下
さい。

配偶者申込欄	両毛メート生命共済に加入する⇒			加入コース C コース
配偶者氏名		性別	生年月日	
カナ	リョウモウ イチコ	男	昭和 52年 4 月10 日 (44 歳)	
両毛 市子		女	平成	
死亡共済金受取人	★配偶者様の死亡共済金の受取人は会員様になります。			
配偶者告知欄	①現在、医師の治療を受け、 継続して通院、服薬している。 (外傷での治療は除く)	はい	②過去3年以内に疾病で、 5日以上入院をしたことがある。 (外傷での入院を除く)	はい
		いいえ		いいえ
	①・②のいずれかが「はい」の方	病名 発症日	急性虫垂炎(R2.11月)	
③いつ頃、どのような疾病で入院・ 通院治療・投薬を受けていますか?	治療法 薬名	手術後、7日間入院。現在、完治している。		

入院時期入
院日数完治
又は
継続治療中
など、具
体的にご記
入下さい。

共済団体コード	810	一般財団法人 両毛地区勤労者福祉共済会
---------	-----	---------------------

FAX送付先: 03-6908-7611 (複数のお申込みがある場合は本紙をコピーの上、ご使用ください。)