

(様式1)

全国町村議会議員互助加入申込票

全国町村議会議員互助会 御中
(大樹生命保険株式会社)

下記加入申込者は当議会議員であることに相違ありません。

申込日(告知日)

令和 年 月 日

令和 年度
(加入期間)
自 令和 年 月 1 日
至 令和 年 4 月 30 日都道
府県町
村

※加入番号

No

代表者

印

告知事項

- 告知日から過去3ヵ月以内に、医師・歯科医師の治療(指示・指導を含む)・薬の処方を受けたことはありません。(※虫歯は除く)
- 告知日から過去1年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことはありません。
(※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除く)
- 告知日から過去1年以内に、病気やけがで2週間以上の期間にわたる医師・歯科医師の治療(指示・指導を含む)、あるいは2週間分以上の薬の処方を受けたことはありません。
(※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除く)

- 本帳票の記載内容・告知内容は事実と相違ないことを誓約し、通知・配布された説明資料により契約内容および告知に関する重要事項や注意喚起情報等を申込者全員が確認・同意し、当保険契約への加入を申込みます。
また、個人情報の取扱いについて、申込者全員が承知し、同意しています。

(注) 「加入者氏名」欄の押印につきましては、一枚目および二枚目のみ捺印して下さい。
全国町村議会議員互助会には、一枚目および二枚目を提出して下さい。

新規・継続 (○で囲む)	加入者氏名	性別	生年月日 更新時(5月1日時点) 85歳6ヶ月まで加入可			今回の 1人あたり 互助金	前回の 1人あたり 互助金(※)
			年号	年	月		
1 新規・継続 (印)		男 女 ① ②	昭 平 ③ ④			万円	万円
2 新規・継続 (印)		男 女 ① ②	昭 平 ③ ④			万円	万円
3 新規・継続 (印)		男 女 ① ②	昭 平 ③ ④			万円	万円
4 新規・継続 (印)		男 女 ① ②	昭 平 ③ ④			万円	万円
5 新規・継続 (印)		男 女 ① ②	昭 平 ③ ④			万円	万円
6 新規・継続 (印)		男 女 ① ②	昭 平 ③ ④			万円	万円
7 新規・継続 (印)		男 女 ① ②	昭 平 ③ ④			万円	万円
8 新規・継続 (印)		男 女 ① ②	昭 平 ③ ④			万円	万円
9 新規・継続 (印)		男 女 ① ②	昭 平 ③ ④			万円	万円
10 新規・継続 (印)		男 女 ① ②	昭 平 ③ ④			万円	万円

(※)前回の1人あたり互助金は今回増額の場合に記入して下さい。

・新規加入・増額の方について、告知内容が事実と相違している場合、ご契約の継続や互助金・給付金のお支払いができないことがありますので、告知事項は被保険者ご自身が確認して下さい。

<個人情報の取扱いについて>

本保険制度の運営にあたっては、全国町村議会議員互助会(保険契約者)は申込書類に記載の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)を本保険制度の事務手続きのため使用し、全国町村議会議員互助会が保険契約を締結する引受保険会社(大樹生命保険株式会社)へ提出いたします。

引受保険会社は受領した個人情報を各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、その他保険に関連・付随する業務のため利用(注)し、また、全国町村議会議員互助会に上記目的の範囲内で提供します。

なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き、全国町村議会議員互助会および引受保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。引受保険会社は、今後、変更する場合があります、あるいは、再保険の取扱いを行う場合もありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社、再保険会社にも提供されます。

(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

合計	加入人員	互助金合計額	互助負担金(送金額)	
	人	万円	円	
	送金日	担当係	担当者印	

※都道府県欄	申込票受付日	確認印
	入金日	