

全国町村議会議員 団体補償制度

加入申込書

— 傷害総合保険 — ケガの保険

令和6年7月補償開始～令和7年6月中途加入 にご利用ください。

保険期間	_____年 _____月1日から	1年間
	令和7年7月1日まで	ヶ月間

※以降脱退の申し入れがない限り自動継続となります。

【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。

都道府県名		総務省地方公共団体	522					①	議員
町村(市)名	521	コード(5桁)						②	職員

※議員・職員に○印をつけてください。議員と職員は連記せず、別票でご提出ください。

○損害保険ジャパン株式会社 宛

加入者は、募集文書または損保ジャパン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。

申込日	年 月 日	性別	512 ①男 ②女	電話番号	504 - -	携帯番号	HG0 - -	加入タイプ	保険会社使用欄				
生年月日	513 ②大③昭④平 年 月 日	加入者ご署名 またはご捺印欄		郵便番号	550 -			本人型	800	0A0円	542円	0A1円	058円
氏名	507 フリガナ	「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。」 署名欄		住所	501 フリガナ			夫婦型	800	0A0円	542円	0A1円	058円
		訂正(あり)							C	36,000	36,000		
★他の保険契約等(注)	⑨(あり)(別紙添付)			★職業・職種名	VJ9	議会議員 (職員の場合、シヨクインとご記入ください。)			601	1	VG2	1	
									108 ①		109 ②		

申込日	年 月 日	性別	512 ①男 ②女	電話番号	504 - -	携帯番号	HG0 - -	加入タイプ	保険会社使用欄				
生年月日	513 ②大③昭④平 年 月 日	加入者ご署名 またはご捺印欄		郵便番号	550 -			本人型	800	0A0円	542円	0A1円	058円
氏名	507 フリガナ	「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。」 署名欄		住所	501 フリガナ			夫婦型	800	0A0円	542円	0A1円	058円
		訂正(あり)							C	36,000	36,000		
★他の保険契約等(注)	⑨(あり)(別紙添付)			★職業・職種名	VJ9	議会議員 (職員の場合、シヨクインとご記入ください。)			601	1	VG2	1	
									108 ①		109 ②		

(注)「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。

(※) 傷害保険の場合、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、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保険契約または共済契約をいいます。

・本帳票は加入者連記式帳票です。2名分のお申し込みができます。個人情報がお各加入者の目に触れる帳票となりますので、

取扱いにはご注意ください。ご加入者・被保険者の了解を得た上で使用してください。

・夫婦型の加入をされる場合、加入者様の氏名のみご記入ください。

保険会社提出用