

『遺族附加年金事業』申込書記入例(内容変更の場合)

宮崎県市町村職員共済組合「遺族附加年金事業」加入申込書兼告知書

年金払特約付半年払保険料併用特約付団体定期保険 無配当特定疾病保障定期保険(Ⅱ型)

提出用

SI

宮崎県市町村職員共済組合 御中

証券番号	5 21255136	12 []	申込締切日	[]
所属所名	[]			
所属所番号	23 []	[]		
被保険者番号	35 []	44 []	[]	

「新規加入・申込内容を変更します」を○で囲んでください。

いずれかを○で囲んでください。

新規加入・申込内容を変更します

変更しません

加入(増額)のお再度告知内容を見知内容に相違がない内容が事実と相違お支払いできない意ください。

申込日をご記入ください。

下の事項に記入し、申込時に通知・配布された説明資料等に記載された契約内容を承知しました。

■申込内容・告知内容に相違がないことを確認しました。

■「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。

■意向に沿った申込内容であることを確認しました。

■個人情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を本帳票に個人情報記載された全員が承知し、同意しました。

申込日(告知日) 平成20年8月17日

申込印 兼確認印

宮崎

生年月日をご記入ください。

遺族附加年金			重病克服支援制度	
告知記号	現行コース	最適コース	告知記号	自由選択コース
77	A1	S1	83	**
82			84	300
89	**	3	89	**
				300

申込内容を確認の上押印してください。

●「重病克服支援制度」は「遺族附加年金」ご加入者のみのお取扱いとなります。ただし、配偶者は本人が「重病克服支援制度」に加入していれば加入できます。

●お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。
●配偶者の保険金額は本人と同額以下としてください。組合員本人が51歳(平成20年1月1日現在)以上で本人加入の場合は配偶者は配偶者2口に加入できません。

死亡保険金受取人	死亡保険金受取人氏名	指定代理請求者氏名
1	ミヤザキ タロウ	1
1	ミヤザキ ハナコ	1

告知内容

希望するコースを○で囲んでください。

全制度併告知記号

【現在の健康状態】
申込日(告知日)現在、医師による治療期間中または、薬の処方期間中ではありません。

保険金受取人を、ご記入ください。

◎コードの意味
1: 配偶者、2: 子、3: 父母、5: 兄弟姉妹
7: 法定相続人

指定代理請求者を指定し、ご記入ください。

◎コードの意味
1: 配偶者、2: 子、3: 父母、5: 兄弟姉妹
7: 法定相続人