

この用紙(払込取扱票)が 学生・こども総合保険《自転車プラン》申込書(加入申込票)です。

任意でご加入いただく制度ですが、同封のご案内をお読みいただき、主旨をご理解のうえ、この機会にご検討ください。

●払込取扱票ご記入のてびき

●必ず保険料一覧表をご確認のうえ、ご希望セットの金額を払込取扱票の「金額」欄に記入してください。
※申込締切日以降に払込まれる場合は、補償開始日時がパンフレット記載の保険始期日時とならないことがありますので、事前に取扱い代理店までご相談ください。

- 下の払込取扱票に、必要事項をご記入・ご署名のうえ、保険料と一緒に近隣のゆうちょ銀行・郵便局にて払い込んでください。(払込手数料は無料です。)
- 補償期間:パンフレット記載の申込締切日までに払込まれた場合は、パンフレット記載の保険始期日時から補償を開始します。
- ※申込締切日以降に払込まれる場合は、補償開始日時がパンフレット記載の保険始期日時とならないことがありますので、事前に取扱い代理店までご相談ください。
- 加入者証は最終加入者が確定後、ご加入者(扶養者)に送付いたします。加入者証到着までは払込用紙の振替払込請求書兼受領証が本制度ご加入の証となりますので、大切に保管してください。(発送予定:6月初旬~7月初旬頃)

◎の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、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十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

①扶養者の住所(カタカナ)・氏名(カタカナ)・TEL・学生(被保険者)との関係をご記入ください。

②学生(被保険者)の氏名(カタカナ)・生年月日をご記入ください。

③パンフレット3Pのご加入プラン内容からご希望セットをお選びのうえ、セット名をご記入ください。

④学生(被保険者)の方が以下に該当する場合は「あり」に○印をし、内容を加入申込票の回答欄にご記入ください。ご記入のない場合には「なし」と回答したこととなります。

◎他の保険契約等
同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険、普通傷害保険等をいい、いずれも積立保険を含みます。)がありますか。
(注)他の保険会社等における契約、共済契約、生命保険契約等を含みます。

保険金請求歴
過去3年以内に病気またはケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。
(注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。

⑤裏面の「団体との関係のコード」をご参照のうえ、刷り込み表示と異なる場合、二重線で消して訂正してください。

★必ず扶養者をご署名ください。★必ず日中連絡がつく電話番号をご記入ください。
★全項目訂正、抹消箇所には訂正印をお願いします。

払込取扱票		通常払込料金 加入者負担	
02 徳島	口座記号番号 016701	金額 53227	15000
高知県高等学校PTA連合会		料 金	備考
学生・こども総合保険加入申込票		000 AAA 020 994 354 RA92 03 15 SB ④	
加入申込印(ゆうちょ銀行又は郵便局交付日とする)		011 TEL 090 -1234 -5678	
加入者 カナ住所 012 〒 317	扶養者 カナ住所 307 557 カナ氏名 (扶養人) J04	被保険者 カナ住所 012 〒 317 カナ氏名 (被保険者) J04	加入者番号 098
コウチエキマエチョウ4-15		00 タロウ	
323 生年月日(和暦)		00 太郎	
016 年 5 月 5 日		③	
2020年5月1日から		3 年間	
セット名 3A		018カナ 学校名 019新学年 1	
◎他の保険契約等		保険金請求歴	
保険種類 死亡後遺障害保険金額 入院保険金日額 通院保険金日額		保険会社 回数 合計金額	
390 ①		V7366 AVG66	
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)(承認番号徳第5691号) これより下部には何も記入しないでください。		日 附 印	

⑥右記をご確認・同意のうえ、扶養者がフルネームでご署名ください。

「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。

払込取扱票		通常払込料金 加入者負担	
02 徳島	口座記号番号 016701	金額 53227	15000
高知県高等学校PTA連合会		料 金	備考
学生・こども総合保険加入申込票		000 AAA 020 994 354 RA92 03 15 SB ④	
加入申込印(ゆうちょ銀行又は郵便局交付日とする)		011 TEL 090 -1234 -5678	
加入者 カナ住所 012 〒 317	扶養者 カナ住所 307 557 カナ氏名 (扶養人) J04	被保険者 カナ住所 012 〒 317 カナ氏名 (被保険者) J04	加入者番号 098
コウチエキマエチョウ4-15		00 タロウ	
323 生年月日(和暦)		00 太郎	
016 年 5 月 5 日		③	
2020年5月1日から		3 年間	
セット名 300		018カナ 学校名 019新学年 1	
◎他の保険契約等		保険金請求歴	
保険種類 死亡後遺障害保険金額 入院保険金日額 通院保険金日額		保険会社 回数 合計金額	
390 ①		V7366 AVG66	

裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)(承認番号徳第5691号)
これより下部には何も記入しないでください。

振替払込請求書兼受領証

振替払込請求書兼受領証	
口座記号番号 016701	通常払込 料金加入 者負担
53227	15000
高知県高等学校 PTA連合会	
加入者 名	金額
おなまえ	15000
ご依頼人	様
日 附 印	
料 金	
備考	

この受領証は、大切に保管してください。