

この用紙(払込取扱票)が
学生・子ども総合保険《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。**
 ミシジ目より下を切り取り、**ゆうちょ銀行・郵便局(手数料無料)**で手続きしてください。

- 〈お申込方法〉**
- 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、事前に取扱代理店までご照会ください。**
 - 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2P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。

重要 ★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、捺消箇所には訂正印をお願いします。

02 徳島		払込取扱票		通常払込料金 加入者負担	
口座記号番号		金額		千 百 十 万 千 百 十 円	
016701		53227		14500	
加入者名 高知県高等学校PTA連合会		料 金		備 考	
学生・子ども総合保険加入申込票		加入申込日(ゆうちょ銀行又は郵便局交付日とする)		000 AAA 020 994 354 RA92 03 15 SB ④	
カナ住所 012 〒 317 高知市 コウチエキマエチヨウ4-15		011 TEL 090 -1234 -5678		加入者番号 098	
扶養者 カナ氏名 307 557 (扶込人) J04		被保険者との関係 499		フルネームでご署名ください(申込兼同意確認署名欄) 加入者番号 098	
学生 被保険者 カナ氏名 J04		323 生年月日(和暦)		団体との関係 L18	
セット名 300		018カナ 学校名 019新学年		保険期間 2019年5月1日から (1)(2)(3)年間	
◎他の保険契約等 あり		保険金請求歴 あり		日 附 印	
390 ①		V7386 AVG66		日 附 印	

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
金額	53227	千 百 十 万 千 百 十 円
加入者名	高知県高等学校PTA連合会	
金額	14500	千 百 十 万 千 百 十 円
ご依頼人	おなまえ コウチエキマエチヨウ 4-15 00 タロウ	様
料 金	日 附 印	
備 考		

この受領証は、大切に保管してください。

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。

各票の※印欄は、ご依頼人におまかせ記載していただけます。

02 徳島		払込取扱票		通常払込料金 加入者負担	
口座記号番号		金額		千 百 十 万 千 百 十 円	
016701		53227		14500	
加入者名 高知県高等学校PTA連合会		料 金		備 考	
学生・子ども総合保険加入申込票		加入申込日(ゆうちょ銀行又は郵便局交付日とする)		000 AAA 020 994 354 RA92 03 15 SB ④	
カナ住所 012 〒 317 高知市 コウチエキマエチヨウ4-15		011 TEL 090 -1234 -5678		加入者番号 098	
扶養者 カナ氏名 307 557 (扶込人) J04		被保険者との関係 499		フルネームでご署名ください(申込兼同意確認署名欄) 加入者番号 098	
学生 被保険者 カナ氏名 J04		323 生年月日(和暦)		団体との関係 L18	
セット名 300		018カナ 学校名 019新学年		保険期間 2019年5月1日から (1)(2)(3)年間	
◎他の保険契約等 あり		保険金請求歴 あり		日 附 印	
390 ①		V7386 AVG66		日 附 印	

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

口座記号番号	016701	通常払込料金加入者負担
金額	53227	千 百 十 万 千 百 十 円
加入者名	高知県高等学校PTA連合会	
金額	14500	千 百 十 万 千 百 十 円
ご依頼人	おなまえ	様
料 金	日 附 印	
備 考		

この受領証は、大切に保管してください。

団体との関係のコード

団体の 1:構成員本人 学校団体の場合は、学生（被保険者）本人 PTA団体の場合は、扶養者本人	左記「1」構成員本人の 2:配偶者 3:子ども 4:両親 5:兄弟・姉妹 6:同居の親族 7:使用人
--	--

（ご注意）

- ・この用紙は、機械で処理しますので、金額を記入する際は、枠内にはっきりと記入してください。また、本票を汚したり、折り曲げたりしないでください。
- ・この用紙は、ゆうちょ銀行又は郵便局の払込機能付きATMでもご利用いただけます。
- ・この払込書を、ゆうちょ銀行又は郵便局の渉外員にお預けになる場合は、引換えに預り証を必ずお受け取りください。
- ・ご依頼人様からご提出いただきました払込書に記載されたおところ、おなまえ等は、加入者様に通知されます。
- ・この受領証は、払込みの証拠となるものですから大切に保管してください。



この場所には、何も記載しないでください。