

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。
 ミシシ目より下を切り取り、**ゆうちょ銀行・郵便局**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。
- 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。**
- 本制度は団体契約のため、加入者証は最終加入者が確定後、一括して扶養者に郵送いたします。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月中旬頃)

＜必ずご確認ください＞

- 以下①～⑥の記載をよくお読みいただき、⑥について同意いただいたうえで加入をお申込みください。
- ◎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実際に扶養されている方の住所(カタカナ)・氏名(カタカナ)・TEL・生徒(被保険者)との関係をご記入ください。
- ②生徒(被保険者)の氏名(カタカナ)・生年月日をご記入ください。
- ③パンフレットの保険料一覧表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生徒(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、被保険者と団体との関係が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。

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	金額	千	百	十	万	千	百	十	円	
	016701	15000									
	53227										
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) 000 444 020 994 354 ※012 〒 317 011 TEL 日中ご連絡可能な電話番号 RA92 03 15 SB ④ ※307 557 被保険者との関係 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 (扶養者) 太郎 オジ 太郎 (扶養者) ハナコ 323 生年月日(和暦) 2024年5月1日から (生徒) 24A 018カナ 学校名 019新学年 3 年間 ◎他の保険契約等 (あり) 保険金請求歴 (あり) 保険種類 死亡・長期障害保険金 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 万円 円 円 円 円 V7368 AVF66											

ご依頼人欄に、おとこ・おなまえをご記入ください。(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	53227
高知県高等学校PTA連合会	
金額	千 百 十 万 千 百 十 円
	15000
ご依頼人	おなまえ
	〇〇 太郎 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。

◎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。
 募集パンフレット、「重要事項のご説明」、「ご加入内容確認事項」等を確認し、これらを书面もしくは電子データなど団体が定める方法で受領すること、および個人情報取扱に同意のうえ、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	金額	千	百	十	万	千	百	十	円	
	016701	15000									
	53227										
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) 000 444 020 994 354 ※012 〒 317 011 TEL 日中ご連絡可能な電話番号 RA92 03 15 SB ④ ※307 557 被保険者との関係 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 (扶養者) 太郎 オジ 太郎 (扶養者) ハナコ 323 生年月日(和暦) 2024年5月1日から (生徒) 24A 018カナ 学校名 019新学年 3 年間 ◎他の保険契約等 (あり) 保険金請求歴 (あり) 保険種類 死亡・長期障害保険金 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 万円 円 円 円 円 V7368 AVF66											

ご依頼人欄に、おとこ・おなまえをご記入ください。(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	53227
高知県高等学校PTA連合会	
金額	千 百 十 万 千 百 十 円
	15000
ご依頼人	おなまえ
	〇〇 太郎 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。