

2025 年 安心家族傷害補償

傷害総合保険加入依頼書（新規加入）

ご加入時の確認事項⇒私は、鹿児島県学校生活協同組合の組合員であることを確認し、団体に対して
この保険契約への加入を依頼します。

証券番号 912210N941

加入依頼日	年 月 日	申込区分	新規加入
保険期間	2025 年 11 月 1 日 ~ 2026 年 11 月 1 日 午後4時から 1 年間		
学校名	職員番号		
申込人氏名	(フリガナ): Ⓜ	生年月日 S・H	年 月 日
住 所	〒 (フリガナ)		
連絡先	TEL(自宅) - -	TEL(携帯)	- -
被保険者（補償対象者）申込人と異なる場合は記入してください（個人型）		性 別	男 女
被保険者氏 名	(フリガナ):	生年月日 S・H	年 月 日

● 新規加入の申込は下記コースよりお選びください。

加入コース記入欄に 〇印 をご記入ください。

401067

基本加入タイプ	加入コース	月払保険料	加入		加入コース	月払保険料	加入
家族型	A 型	1,510		個人型	本人は○印、 本人以外はご氏名を記入		
	B 型	3,000			E 型	1,330	
	C 型	4,490			F 型	2,750	
	D 型	7,280			G 型	4,150	
おすすめ加入タイプ（携行品損害補償付き）							
家族型	H 型	1,760		個人型	本人は○印本人以外はご氏名を記入		
	I 型	3,270			L 型	1,500	
	J 型	4,760			M 型	2,920	
	K 型	7,530			N 型	4,320	

上記加入依頼書にご記入の上、FAX をお願いします。（保険料は 11 月より引去り開始となります。）

FAX 0120-15-3194 締切 10/3（金） PM：5：00 受信まで