

2025年 搭乗者まるごと安心補償

搭乗者傷害保険加入依頼書（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。

◎新規加入します ⇒ 下記必要事項にご記入の上、FAX をお願いします。（保険料は1月より引去り開始となります）

加入依頼日	2024年 月 日	申込区分	新規加入
保険期間	2025年1月1日 ~ 2026年1月1日 午後4時から 1年間		
学校名		学校コード	
(フリガナ)		職員番号	
被保険者氏名			
郵便番号	〒 -		
(フリガナ)			
住所			
連絡先	自宅 - -	携帯 - -	

(記載例)

◎ご加入されますお車と規定定員数に○をご記入ください。



車名	登録番号	規定定員数	保険料
スズキ アルト	鹿児島123 あ4567	定員 名 ④・5・6・7・8	480 円

車名	登録番号	規定定員数	保険料
1		定員 名 4・5・6・7・8	円

車名	登録番号	規定定員数	保険料
2		定員 名 4・5・6・7・8	円

車名	登録番号	規定定員数	保険料
3		定員 名 4・5・6・7・8	円

FAX 0120-15-3194

締切 11/29 (金)

PM:5:00 受信まで