一般社団法人日本看護学校協議会共済会　御中

2025 年度
WEB

（団体総合生活保険）

入会申込書 兼「 Will-Life 」加入依頼書

［ご加入時の同意内容について］
私（加入者）と被保険者（学生）は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。
①被保険者（学生）または加入者（扶養者）が契約者である企業または団体の構成員であること ②重要事項説明書の内容
③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容 ④重要事項説明書に記載の「個人情報の取扱い」の内容

ご記入日（ 加入依頼日）：西暦　　年　　月　　日

補償開始日	
	☐ 年間加入：　2025 年　3 月 31 日午後 4 時～ ☐ 中途加入：＿＿＿＿年＿＿月　1 日午後 0 時～

※いずれかに ✓ を入れてください。
※中途加入の場合は加入希望「年・月」をご記入ください。

加入プラン	J タイプ	D タイプ	G タイプ
	☐ JAプラン（カラダ＋学び 80万円）	☐ DAプラン（暮らし＋カラダ＋学び 80万円）	☐ GAプラン（学び 80万円）
	☐ JEプラン（カラダ＋学び120万円）	☐ DEプラン（暮らし＋カラダ＋学び120万円）	☐ GEプラン（学び120万円）
	☐ JBプラン（カラダ＋学び160万円）	☐ DBプラン（暮らし＋カラダ＋学び160万円）	☐ GBプラン（学び160万円）
	☐ JDプラン（カラダ）	☐ DDプラン（暮らし＋カラダ）	☐
	卒業までの合計掛金　　円		

※「JD プラン」または「DD プラン」をご選択された場合は、「加入者欄」を被保険者（学生）本人とすることができます。
その場合は、「加入者欄」に被保険者（学生）本人の氏名・住所等をご記入ください。

加入者（扶養者）欄		
	フリガナ	
	氏　名	署名 （自署フルネーム） ※私は「ご加入時の同意内容について」を確認し、契約者である団体に対して加入を依頼します。 ※一般社団法人日本看護学校協議会共済会の会員でない場合は同会に入会することを申し込みます。
	フリガナ	
	住　所	〒
	TEL	
	生年月日・性別	西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（　男　・　女　）

被保険者（学生）欄				
	学校名			
	学部・学科名			
	所属する学科の修業年限と2025年4月1日時点の学年	修業年限＿＿＿年の学科の＿＿＿＿年生		
	フリガナ		性別	職種級別（学生は A）
	氏　名		男　女	A　B
	フリガナ			
	住　所 （加入者と異なる場合のみ記入）	〒 ※「D タイプ」を選択される場合は、被保険者欄の「住所」を必ずご記入ください。		
	加入者からみた続柄	（例：子、孫、配偶者 等）	生年月日★	西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
	☆継続的に従事している職業職務	あり　なし　ありの場合は【職業・職務について】参照	他の保険契約等★	あり　なし　（ありの場合は表 1 にご記入ください）
	Will の加入有無	☐ Will に加入している、または加入予定 ☐ Will に加入していない、または加入予定がない	㊟ 本保険「Will-Life」は「Will」への加入が条件となります。	
	☆公的医療保険制度	☐ 協会けんぽ　☐ 組合健保　☐ 国民健保　☐ 共済組合　☐ 船員保険	J タイプ、D タイプにご加入の場合はご記入ください。	

【職業・職務について】 アルバイト等で継続的に以下の 6 業種（*）のいずれかに従事される場合は、職種級別 B となりこの保険には、ご加入いただけませんので、ご注意ください。（ご加入後に該当することとなった場合は、遅滞なくご連絡いただきますようお願いいたします。）。
(*)「自動車運転者」、「建設作業者」、「農林業作業者」、「漁業作業者」、「採鉱・採石作業者」、「木・竹・草・つる製品製造作業者」

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合はご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合は保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

【表 1】 被保険者（学生）に「Will」以外の保険契約等がある場合には、右欄に具体的な内容をご記入ください。	保険会社または共済会社	保険種類	満期日	保険金額

＊他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。
他の保険契約等がある場合は、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。

24TX-003067（2024 年 10 月作成）