

「Will-Life」 記入例

他に同じ目的の保険にご加入されている場合、支払限度額は最も保険金額が高い保険契約または共済契約において支払われるべき保険金または共済金の額となりますので、重複契約にならないよう、お申込み前に取扱代理店(株)メディックプランニングオフィスにお問い合わせください。

加入依頼書 記入例

ご記入日(加入依頼日): 西暦 2025 年 2 月 5 日

パンフレットをご参照いただき加入するプランに✓を入れてください。

補償開始日	<input checked="" type="checkbox"/> 始期日(2025年3月31日)から加入します。(年間加入)		
	<input type="checkbox"/> 保険期間の中途(西暦____年____月1日)から加入します。(中途加入)		
※いずれかにチェックを入れ、中途加入の場合は年・月をご記入ください。加入書類の申込期限等については裏面をご参照ください。			
加入プラン ※加入するプランに、 ☐を付けてください。	Jタイプ	Dタイプ	Gタイプ
	<input checked="" type="checkbox"/> JAプラン(カラダ+学び 80万円)	<input type="checkbox"/> DAプラン(暮らし+カラダ+学び 80万円)	<input type="checkbox"/> GAプラン(学び 80万円)
	<input type="checkbox"/> JEプラン(カラダ+学び120万円)	<input type="checkbox"/> DEプラン(暮らし+カラダ+学び120万円)	<input type="checkbox"/> GEプラン(学び120万円)
	<input type="checkbox"/> JBプラン(カラダ+学び160万円)	<input type="checkbox"/> DBプラン(暮らし+カラダ+学び160万円)	<input type="checkbox"/> GBプラン(学び160万円)
	<input type="checkbox"/> JDプラン(カラダ)	<input type="checkbox"/> DDプラン(暮らし+カラダ)	
卒業までの合計掛金			44,080 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	イリョウ タロウ	
	氏名	署名 (自署フルネーム) 医療 太郎	
	フリガナ	トウキョウトチュウオウクシカワ 2-22-2	
	住所	〒 104 - 0033 東京都中央区新川 2-22-2	
	TEL	03 - ○○○○ - △△△△	
	生年月日・性別	西暦 1970 年 7 月 8 日 (男・女)	
被保険者(学生)欄	学校名	宇井留○○校	
	学部・学科名	○○学科	
	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 4 年の学科の 1 年生	
	フリガナ	イリョウ モモコ	職種級別 (学生はAです)
	氏名	医療 桃子	(A) (B)
	フリガナ	○○ケン △△シ ×× 6-5-3 ○△×マンション 304	
	住所 (加入者と異なる場合のみ記入)	〒○○○ - ×××× ○○県△△市×× 6-5-3 ○△×マンション 304	
	加入者からみた続柄	子 (例: 子、孫、配偶者など)	
	★生年月日	西暦 2006 年 8 月 1 日	性別 (男・女)
	☆継続的に従事している職業・職務	(あり・なし) (ありの場合は裏面①を参照・記入)	
★他の保険契約等	((あり)・なし) (ありの場合は裏面②に記入)		
Willの加入について	<input checked="" type="checkbox"/> Willに加入している、または加入予定 <input type="checkbox"/> Willに加入していない、または加入予定がない (注) 「Will-Life」は「Will」への加入が条件となります。		
☆公的医療保険制度	<input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 国民健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 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。		

「Dタイプ」を選択されている場合は、被保険者欄の「住所」を必ずご記入ください。

郵便払込取扱票 記入例

■修業年限4年の学科の1年生で3/31（年間加入）の場合

払込取扱票												
00	東京	口座記号番号										
0	0	1	1	0	8	5	5	3	9	7	8	
加入者名		一般社団法人 日本看護学校協議会共済会				金額	① ¥44080					備考
通信欄	「Will-Life」専用 ※「Will」の払い込みには ご使用になれません。		② 学校名：宇井留〇〇校		⑤ Jタイプ		Dタイプ	Gタイプ		切り取らないでお出しください。		
	〒 104-0033		③ 東京都中央区新川2-22-2		<input checked="" type="checkbox"/> JAプラン (カラダ+学び80万円) <input type="checkbox"/> DAプラン (暮らし+学び80万円) <input type="checkbox"/> GAプラン (学び80万円)		<input type="checkbox"/> JEプラン (カラダ+学び120万円) <input type="checkbox"/> DEプラン (暮らし+学び120万円) <input type="checkbox"/> GEプラン (学び120万円)		<input type="checkbox"/> JBプラン (カラダ+学び160万円) <input type="checkbox"/> DBプラン (暮らし+学び160万円) <input type="checkbox"/> GBプラン (学び160万円)		<input type="checkbox"/> JDプラン (カラダ) <input type="checkbox"/> DDプラン (暮らし+カラダ)	
ご依頼人	おなまえ 加入者(扶養者)名 医療太郎		④		医療太郎		日 附 印		振替払込請求書兼受領証			
裏面	（ご連絡先電話番号 03-1234-1234）		（ゆうちょ銀行）（承認番号東第54187号）		料 金		（消費税込み）		日 附 印			
この受領証は、大切に保管してください。												

①	加入プランの掛金をご記入ください。 ※掛金をご不明な場合は、下記までお問い合わせください。
②	学校名をご記入下さい。
③、④	「ご依頼人欄」は加入者（扶養者）名をご記入ください。
⑤	ご加入プランに✓を入れてください。

【ご確認ください】

- 上記払込取扱票は「Will-Life」掛金の支払い専用紙です。
学校を通してご加入いただく総合補償制度「Will」のお支払いにはご利用いただけません。
- 加入プラン及び掛金は、「パンフレット」「ご加入手続きと補償の概要等」にてご確認ください。
- 払込手数料はご依頼人様のご負担でお願いいたします。
- お申込手続きが全て完了すると、保険会社より「加入者票」が郵送されます。加入者票に記載の保険料は年間保険料となりますので、ご加入時に払込いただく掛金とは異なります。

お問い合わせ先
 0120-338344
 (9:00-17:00 土・日・祝日を除く)