

## 入会申込書 兼 Willnext「ケガ・日常の賠償」加入依頼書

### ご加入時の同意内容について

私(=被保険者)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私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パンフレットに記載の「個人情報の取扱い」の内容

※太枠に必要事項をご記入ください

記入日	西暦	年	月	日	生年月日	西暦	年	月	日
フリガナ									
加入者(被保険者)氏名	署名(自署)	上記「ご加入時の同意内容について」を確認の上、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には、同会に入会することを申し込みます。							
加入者(被保険者)住所・電話	〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	自宅・携帯TEL( <input type="text"/> - <input type="text"/> )
メールアドレス	@								
所属施設名									TEL( <input type="text"/> - <input type="text"/> )
日中の連絡先	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください <input type="checkbox"/> 上記所属施設 <input type="checkbox"/> 上記自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 上記メールアドレス								
補償開始日の指定	<input type="checkbox"/> 年間加入する：2021年3月31日午後4時～補償開始 <input type="checkbox"/> 中途加入する：西暦_____年_____月1日午前0時～補償開始								

\* 本書の到着が加入書類締切日を過ぎた場合には、翌月のご加入となります。

### 1 ご自身のケガへの補償(傷害補償)

☆ 職業・職務	医療職 (資格名) ) 教職員 (その他) ( )	職種 級別	A B (医療職、事務職、教職員はAです)	★他の保険 契約等*1	あり ある場合は○をし、下欄に 詳細をご記入ください。
------------	------------------------------	----------	--------------------------	----------------	-----------------------------------

### 2 個人賠償責任補償

★他の保険契約等*1	あり ある場合は○をし、下欄に 詳細をご記入ください。	<ご注意> 「個人賠償責任補償」は単体でご加入いただくことができません。 必ず「ご自身のケガへの補償」またはWillnextシリーズの看護職向け賠償責任保険、医療補償、がん補償、団体長期障害所得補償と組み合わせてご加入ください。
------------	-----------------------------------	--

\* 1 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。

★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。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅延なく東京海上日動までご連絡ください。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。

### 他の保険契約等の具体的な内容

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額)(万円)