

Willnext「カラダの保険」記入例

加入依頼書

共济会の会員番号(会員証に記載)をお持ちの方は、ご記入ください。

記入日	西暦 2021年 3月 1日	共济会 No.	
フリガナ	イリョウ ハナコ	★生年月日	西暦 1990年 10月 1日
加入者(被保険者)氏名	署名(自署) 医療 花子 <small>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济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。</small>	★性別	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女
フリガナ	トウキョウト チュウオウ ク シン カワ 2-22-2	加入者(被保険者)住所・電話	〒 104 - 0033 自宅・携帯 TEL : 090 - 0000 - 1111 東京都中央区新川 2-22-2
メールアドレス	○○○○○○○○○ @ △△△.□□□ <small>※携帯のアドレスを登録される場合は、willnext@medic-office.co.jpからのメールを受信できるように設定ください。</small>	所属施設名	○○○病院 TEL : 03 - 0000 - 2222
補償開始日の指定	<input checked="" type="checkbox"/> 年間加入する：2021年3月31日補償開始 <input type="checkbox"/> 中途加入する：西暦____年__月1日補償開始		

*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。

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 checked="" type="checkbox"/> 上記メールアドレス
--------	--

1【医療補償】裏面の「健康状態告知書A」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

加入タイプ	総合先進医療 300万円		総合先進医療 600万円		★他の保険契約等(注1)	<input checked="" type="radio"/> あり <small>ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。</small>
	<input checked="" type="checkbox"/> M1(女性特約あり)	<input type="checkbox"/> M2(女性特約なし)	<input type="checkbox"/> M1W(女性特約あり)	<input type="checkbox"/> M2W(女性特約なし)		
★健康状態告知	質問1	<input checked="" type="radio"/> 全なし <input type="radio"/> 1つ以上あり	質問2	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	質問3	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり → <input type="radio"/> ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ

2【がん補償】裏面の「健康状態告知書B」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

加入タイプ	<input checked="" type="radio"/> 女性特約あり <input type="radio"/> 女性特約なし	加入回数	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	★他の保険契約等(注1)	<input checked="" type="radio"/> あり <small>ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。</small>
★健康状態告知	質問1	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	質問2	<input checked="" type="radio"/> 全なし <input type="radio"/> 1つ以上あり	

3【団体長期障害所得補償】裏面の「健康状態告知書A」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

加入タイプ	<input checked="" type="radio"/> 免責30日型 <input type="radio"/> 免責90日型	加入回数	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	★他の保険契約等(注1)	<input checked="" type="radio"/> あり <small>ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。</small>	
★健康状態告知	質問1	<input checked="" type="radio"/> 全なし <input type="radio"/> 1つ以上あり	質問2	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	質問3	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり → <input type="radio"/> ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ

※がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合のみご記入ください。

がん保険受取人	フリガナ	被保人または続柄
	氏名	

がん保険で「保険金受取人をご自身以外の方に指定する場合」のみご記入ください。

↓必ずご署名ください↓

上記告知内容、本紙記載の「ご加入時の同意内容について」、(がん補償にご加入の場合)がん保険金受取人の指定の内容について確認・同意します。がん保険金受取人については、特にお申し出がない限り更新前契約と同内容での更新となります。

告知日(ご記入日)西暦	2021年 3月 1日
被保険者本人(自署)	医療 花子

↑↑ 上記署名に記載がない場合はお手続きができないため、必ずご署名ください ↑↑

必ずご署名ください。

他の保険契約等の具体的な内容

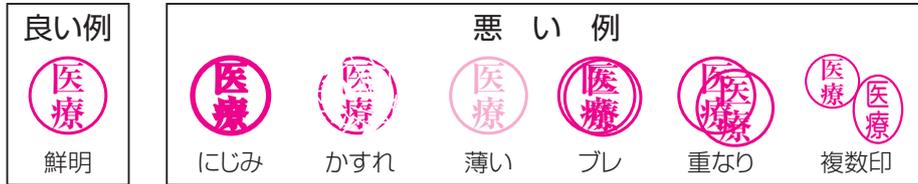
被保険者氏名	保険会社・共济会社	保険種類	満期日(補償の満了する日)	保険金額・支払限度額(ご契約金額)(万円)
医療 花子	○×保険	医療保険	終身	2,000万円

裏面もご覧ください。➡

ご自身がご加入される保険種目にチェックを入れ、その
各々の保険種目について、必要事項をご記入ください。
既にご加入済みの保険種目は、チェック不要です。

口座振替依頼書

※ ご捺印いただいた印が下記のような場合は、不鮮明のため口座をご登録できない場合がございますので、捺印に失敗した場合は、余白に再度ご捺印をお願いします。



個人口座・法人口座のどちらをご登録の場合も「加入者氏名」は必ずご記入ください。

フリガナ	イリヨウ ハナコ	性別	(男 女)
加入者氏名	医療 花子	生年月日	西暦 1990年 10月 1日

■個人口座をご登録の場合

フリガナ	トウキョウトチュウオウクシカワ 2-22-2		
加入者住所	〒104 - 0033 東京都中央区新川 2-22-2		
	電話番号 :	090 - 0000 - 1111	

■法人口座をご登録の場合

フリガナ	
法人名 + 施設長名	

* 法人名、施設長名は社版でも結構です。

ネットバンク、印鑑レス口座をご登録される場合は、各金融機関の口座振替登録手続きを必ずご確認ください。(メール、Web等での認証方法が異なります。)

金融機関提出用 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収加)

加入者及び預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)を収納代行会社として、上記の預金口座振替規定に同意のうえ、口座振替を依頼します。

新規 2 変更 3

みずほ 銀行 農協 漁協 信用金庫 信用組合 労働金庫 御中

232820 年 月 日 2760000001627

申込日 令和 3 年 3 月 1 日 収納代行会社 明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)

金融機関番号 店舗番号 預金種目 口座番号(右つめてご記入ください)

00001004 普通(総合) 当座 20123456

指 定 銀行 種目コード 契約種別コード 記号(桁目がある場合は※にご記入ください) 番号(右つめてご記入ください)

ゆうちょ銀行 16630 1 0

口座 払込先口座番号 00140-5-120363 払込先加入者名 明治安田収納ビジネスサービス株式会社 払込金の種別 集金 30

カナ預金者名 イリヨウ ハナコ

預金者名 医療 花子

金融機関お届け印 (サイン) 医療

振替日・払込日 27日 (借入は休業日等)

金融機関使用事項

1 預金取引なし	2 印鑑不備
2 記載事項等相違	4 印鑑不鮮明
ア. 金融機関番号	5 該当口座なし
イ. 店名	6 口座解約済
ウ. 店番	7 その他
エ. 預金種目	
オ. 口座番号	
カ. 口座名義	

金融機関お届け印 (訂正印もお届け印をご捺印ください。)

(お願い) この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備があり、上記の項目に○印を付けて明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)へ至急ご連絡ください。(〒135-8385 東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階 TEL:03-3615-3125)

検印

印鑑照合

ゆうちょ銀行の場合は、記号番号を必ずご記入ください。(例) 番号が 4321(7桁以下)のとき 前“0”を記入

00004321

ゆうちょ銀行以外はコチフにご記入ください。

ゆうちょ銀行はコチフにご記入ください。

必ず金融機関にお届けの口座名義人名をご記入ください。

もう一度ご確認を！金融機関お届け印ではっきりとご捺印ください。

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。