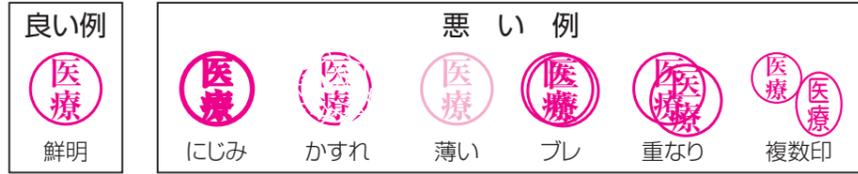


口座振替依頼書

※ 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。



# 入会申込書 兼 「Willnext」 記入例

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 リョウ ハナ コ	性別	(男) (女)
加入者氏名	医療 花子	生年月日 (西暦)	1997年 7月 8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ンカフ
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。

プライベート中の賠償事故に備えて

1 個人賠償責任補償

ご自身のケガに備えて

2 ご自身のケガへの補償

病気に備えて

3 医療補償

がんを備えて

4 がん補償

働けなくなった時の所得の減少に備えて

5 団体長期障害所得補償

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。

金融機関	みずほ	種目コード	16630	契約種別コード	01	記号	0001004	店番号	0001004	預金種目	普通(総合)	口座番号	00004321
指	ゆうちょ銀行	種目コード	9900	契約種別コード	01	記号	0001004	店番号	0001004	預金種目	普通(総合)	口座番号	00004321
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							
座	カナ預金者名	イリョウ ハナコ											
	預金者名	医療 花子											

ゆうちょ銀行以外は  
コチラにご記入ください。

ゆうちょ銀行は  
コチラにご記入ください。

金融機関お届け印を  
(訂正印もお届け印を  
ご捺印ください。)

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  
前に"0"を記入  
00004321

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。

<ご 注 意>

- ご記入にあたっては、「記入例」をご参照ください。
- 「医療補償」「がん補償」「団体長期障害所得補償」にご加入の方は、健康状態告知欄へのご回答と署名が必要です。
- 署名欄には、必ず告知日をご記入ください。
- 加入口数もお忘れなくご記入ください。

ご登録住所について

登録いただいたご住所へ大切なご案内をお送りしております。  
そのためご住所の変更があった場合は速やかに下記取扱代理店までご連絡ください。

取扱代理店：(株)メディックプランニングオフィス  
フリーダイヤル:0120-847861 平日9:00~17:00(土・日・祝日を除く)

ご確認ください

ネットバンク、印鑑レス口座等、印鑑による本人確認が取れない口座をご利用の場合は、メールやWEBページ等で金融機関から本人確認が行われます。認証方法等については金融機関ごとに異なりますので、事前にご確認ください。

## 入会申込書 兼 「Willnext」 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重要事項説明書に記載の「個人情報の取扱い」の内容 ⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容

※太枠に必要事項をご記入ください

記入日	西暦 <b>2026</b> 年 <b>2</b> 月 <b>25</b> 日	共済会員No.	
フリガナ	<b>イ リョウ ハナ コ</b>	生年月日	西暦 <b>1997</b> 年 <b>7</b> 月 <b>8</b> 日
加入者(被保険者)氏名	署名(自署) <b>医療 花子</b> 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。	性別	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女
加入者(被保険者)住所	〒 <b>104-0033</b> <b>東京都中央区新川 2-22-2</b>		
携帯番号	<b>000-△△△△-□□□□</b>	ご登録の番号に Willnext 事務局より SMS でご連絡する場合があります。携帯電話をお持ちでない場合は、自宅番号をご記入ください。	
所属施設名	<b>宇井留病院</b> TEL ( <b>0△-□□□□-××××</b> )		

このお申し込みに関するお問い合わせ先 ※必ず日中にご連絡が取れるご連絡先をご記入ください。	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。(「加入者と異なる場合」に <input checked="" type="checkbox"/> を入れた場合は TEL またはメールをご記入ください。) <input checked="" type="checkbox"/> 加入者と異なる場合 (続柄 <b>母</b> ) → TEL <b>0△0-□□□□-0000</b> <input type="checkbox"/> 加入者ご本人の場合 → メール <b>@</b>
--	---

※ご加入月に  を入れてください。

ご加入日	加入期間	加入書類締切日	掛金の口座振替日
<input checked="" type="checkbox"/> 2026年 3月31日午前0時から加入	12ヶ月	2026年 3月25日必着	ご加入月の翌月27日 (27日が休業日の場合は翌営業日)が引き落とし日となります。)
<input type="checkbox"/> 2026年 5月 1日午前0時から加入	11ヶ月	2026年 4月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2026年 6月 1日午前0時から加入	10ヶ月	2026年 5月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2026年 7月 1日午前0時から加入	9ヶ月	2026年 6月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2026年 8月 1日午前0時から加入	8ヶ月	2026年 7月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2026年 9月 1日午前0時から加入	7ヶ月	2026年 8月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2026年10月 1日午前0時から加入	6ヶ月	2026年 9月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2026年11月 1日午前0時から加入	5ヶ月	2026年10月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2026年12月 1日午前0時から加入	4ヶ月	2026年11月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2027年 1月 1日午前0時から加入	3ヶ月	2026年12月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2027年 2月 1日午前0時から加入	2ヶ月	2027年 1月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2027年 3月 1日午前0時から加入	1ヶ月	2027年 2月25日必着	

※いずれの場合も、補償終了は2027年3月31日午後4時です。  
 ※加入する保険種目数に関わらず、保険料の他に、一般社団法人日本看護学校協議会共済会の年会費(一律100円/年)を申し受けます(保険料と合算して引落としさせていただきます)。  
 ※中途加入の場合の保険料につきましては、取扱代理店までお問い合わせください。  
 ※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 個人賠償責任補償

<input checked="" type="checkbox"/> ★他の保険契約等(注1)	<input checked="" type="radio"/> あり ある場合は○をし、右頁に詳細をご記入ください。
--	--

<ご注意>  
**1** 個人賠償責任補償を単体で加入することはできません。必ず看護職向け賠償責任保険、医療専門職向け賠償責任保険または**2**~**5**までのいずれかの補償と組み合わせてご加入ください。

### 2 ご自身のケガへの補償(傷害補償)

<input checked="" type="checkbox"/> ★他の保険契約等(注1)	<input checked="" type="radio"/> あり ある場合は○をし、右頁に詳細をご記入ください。
--	--

ご加入する **1**~**5** の補償に  をいれてください!

### 3 医療補償

裏面の「健康状態告知書A」をよくお読みいただき、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="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)	★他の保険契約等(注1)	<input checked="" type="radio"/> あり ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。
★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"/> なし <input type="radio"/> あり		

### 4 がん補償

裏面の「健康状態告知書B」をよくお読みいただき、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	加入口数	<b>2</b> 口	★他の保険契約等(注1)	<input checked="" type="radio"/> あり ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。
★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"/> なし <input type="radio"/> あり		

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、右欄にご記入ください。	が受ん保取險金人	フリガナ		被本み保人た險か続者ら柄
	氏名			

<4 がん補償のご注意>  
 ※口数にご記入がない場合は、1口でお手続きさせていただきます。

### 5 団体長期障害所得補償

裏面の「健康状態告知書A」をよくお読みいただき、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	加入口数	<b>2</b> 口	★他の保険契約等(注1)	<input checked="" type="radio"/> あり ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。
★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"/> なし <input type="radio"/> あり	質問3	<input checked="" type="radio"/> 全てなし <input type="radio"/> 一部あり

<5 団体長期障害所得補償のご注意>  
 ※加入タイプ(免責30・90日型)、加入口数のご記入が無い場合はご加入できませんのでご了承ください。

↓ **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(記入日) 西暦 <b>2026</b> 年 <b>2</b> 月 <b>25</b> 日	★生年月日 西暦 <b>1997</b> 年 <b>7</b> 月 <b>8</b> 日
被保険者本人(自署) <b>医療 花子</b>	★性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女

※医療補償、がん補償、団体長期障害所得補償にご加入いただく場合は、署名欄への記入が必須となります。

注1 ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払い責任が同じである他の保険契約または共済契約がある場合は下欄にご記入ください。

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)
<b>医療 花子</b>	<b>〇〇共済</b>	<b>傷害共済</b>	<b>2026年6月</b>	<b>死亡共済金400万円</b>

★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。なお☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は、お支払いする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。