

<加入申込書:ご記入見本>

記載事項・申込内容を確認頂き、  
会員ご本人がご署名ご捺印ください。

グリーン・パル生命共済 加入申込書(兼 告知書)

申込日 令和 5 年 2 月 15 日

どちらか  
を選択し  
て下さ  
い。

私は本共済のパフレット、重要事項説明書の内容を承知・同意の上、下記の契約を申込みます。  
記載の事項は事実と相違ないことを誓約し、虚偽記載があった場合、共済金が支払われない事に同意します。  
また、次回以降の掛金払込は以下の通りとし、更新日まで支払います。

1. 年払い 2. 半年払い 署名 **伊達 太郎** **伊達**

ご本人の  
会員番号  
を記入く  
ださい。

会員本人申込欄 グリーン・パル生命共済に加入する⇒ 加入コース **D** コース

ご希望の加  
入コースを  
選択して下  
さい。

会員番号 **123456** 事業所名 **グリーン・パル商事**

加入者氏名 性別 生年月日

カナ **ダテ タロウ**  男  昭和

**伊達 太郎**  女  平成 **50年 5 月 15 日 ( 46 歳)**

〒 **980-0803** 住所 **宮城県仙台市青葉区国分町3-10-10**

TEL: **022 (222) 9999** メール アドレス **date.taro@gmail.com**

受取人を  
ご指定下  
さい。  
(他人は  
指定でき  
ません)

死亡共済金受取人 氏名 **伊達 市子** (続柄 **妻**)

配偶者様  
のお申込  
みは、会  
員様の加  
入が条件  
となります。

加入者告知欄  はい  いいえ  はい  いいえ

医師の治  
療・処方  
薬につい  
て具体  
的な薬  
名・容  
量を記  
入下さ  
い。

①・②のいずれかが「はい」の方 病名 発症日 **高血圧症(5年程前から)**

③いつ頃、どのような疾病で入院・通院治療・投薬を受けていますか? 治療法 薬名 **オルメテック錠(5mg) ノルバスク錠(5mg)**

会員様と同  
額が少な  
い死亡共  
済金の  
コースを  
選択して  
下さい。

配偶者申込欄 グリーン・パル生命共済に加入する⇒ 加入コース **C** コース

配偶者氏名 性別 生年月日

カナ **ダテ イチコ**  男  昭和

**伊達 市子**  女  平成 **52年 4 月 10 日 ( 44 歳)**

配偶者告知欄  はい  いいえ  はい  いいえ

入院時期  
入院日数  
完治  
又は  
継続治  
療中  
など、  
具体  
的にご  
記入下  
さい。

①・②のいずれかが「はい」の方 病名 発症日 **急性虫垂炎(R2.11月)**

③いつ頃、どのような疾病で入院・通院治療・投薬を受けていますか? 治療法 薬名 **手術後、7日間入院。現在、完治している。**

★配偶者様の死亡共済金の受取人は会員様になります。

共済団体コード **807** 公益財団法人 **仙台ひと・まち交流財団**

FAX送付先: **03-6908-7611** (複数のお申込みがある場合は本紙をコピーの上、ご使用ください。)