

ICS生命共済 加入申込書(兼 告知書)

申込日 令和 年 月 日

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、更新日までに支払います。

1. 年払い	2. 半年払い	署名	印		
会員本人申込欄	私はICS生命共済に加入します ⇒		加入コース コース		
会員番号		事業所名			
加入者氏名		性別	生年月日		
カナ		男	昭和 年 月 日 (歳) 平成		
		女			
〒	住所				
TEL: ()	メールアドレス @				
死亡共済金受取人	氏名 (続柄)				
加入者告知欄	①現在、医師の治療を受け、継続して通院、服薬している。 (外傷での治療は除く)	はい	②過去3年以内に疾病で、5日以上入院をしたことがある。 (外傷での入院を除く)	はい	
		いいえ		いいえ	
	①・②のいずれかが「はい」の方		病名 発症日		
	③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		
配偶者申込欄	私はICS生命共済に加入します ⇒		加入コース コース		
配偶者氏名		性別	生年月日		
カナ		男	昭和 年 月 日 (歳) 平成		
		女			
配偶者告知欄	①現在、医師の治療を受け、継続して通院、服薬している。 (外傷での治療は除く)	はい	②過去3年以内に疾病で、5日以上入院をしたことがある。 (外傷での入院を除く)	はい	
		いいえ		いいえ	
	①・②のいずれかが「はい」の方		病名 発症日		
	③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		

★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	805	稲城市中小企業勤労者福祉サービスセンター 理事長 大石 行伸
---------	-----	--------------------------------

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。)