

記入例

太枠内の必要事項をご確認・ご記入のうえ、ご提出ください。
⇒ 加入申込日(A)、氏名(B)、職員番号(C)、プラン(D)、告知事項(E)

公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書

※印の項目は、ご契約に際して引当保険料が支払われる時に賠償金(契約事項D)です。
※本票と相違する場合は、ご契約を解除し、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。
※この申込票は、ご契約の締結(加入)のうえに回票(記入)ください。

あいおいニッセイ同和損保

代表証番号
R151 03 42 SL 554
センター送付

1. 新採用新卒者が申込人(加入)の自席と同じ機会(申込人は自席と同じ)に記入をお願いします。

A 記入した日をご記入ください。

加入申込日 016 年 06 月 00 日
住所 317 カブ
399 漢字
加入者 アイオイ タロウ
あいおい 太郎
017 職員番号 00000000

B カナ氏名をご記入のうえ、漢字フルネームでご署名ください。

C

D 職員番号をご記入ください。

特号	被保険者欄	加入者特記事項	備考
01	アイオイ タロウ あいおい 太郎	016 性別 男	
02	アイオイ タロウ あいおい 太郎	017 性別 女	

B 氏名をご記入ください。

D

S 告知事項に該当する場合、ご記入ください。

E ご加入を希望されるプラン名をご記入ください。

039 合計保険料 (分割払の場合は1回分) 円

令和十一年10月1日以降始期契約に使用

E 告知事項に該当する場合、ご記入ください。

記入例 (脱退の場合)

「継続しない」に○をし、ご署名の上、ご提出ください。

公務員賠償責任保険更改加入申込票 兼 被保険者明細書

※他の保険契約等
この保険契約で保険上のお支払がなくなる損害を補償する他の保険契約(火災保険を含む)が
あり「あり」の欄に「あり」の欄を必ず下欄にご記入ください。「なし」と同様
したことをなす。
(注)他の保険会社に掛ける保険料をみます。

「継続しない」に○をしてください。

記入した日をご記入ください。

氏名をご確認のうえ、ご署名ください。

氏名をご確認ください。

あいおいニッセイ同和損保

027 034 034 034 034
R34 03 42 SL 054 ⑤
027 034 034 034 034
027 034 034 034 034

前年度契約保険期間開始日
5/29 昭和45年4月1日

加入者番号
008

前契約加入者番号
L17 前契約加入者番号

初年度契約保険期間開始日
5/29 昭和45年4月1日

加入者特記事項
備考

合計保険料 (分割払の場合は1回分)
円

前契約合計保険料 (分割払の場合は1回分)
円

90AD-4 (191001) 保険会社用

令和 年 月 日 以降始期契約に使用

(2024年6月承認) 承認番号A24-101038

公務員賠償責任保険更改加入申込票 兼 被保険者明細書

027 034 034 034 034
R34 03 42 SL 054 ⑤
027 034 034 034 034
027 034 034 034 034

前年度契約保険期間開始日
5/29 昭和45年4月1日

加入者番号
008

前契約加入者番号
L17 前契約加入者番号

初年度契約保険期間開始日
5/29 昭和45年4月1日

加入者特記事項
備考

合計保険料 (分割払の場合は1回分)
円

前契約合計保険料 (分割払の場合は1回分)
円

90AD-4 (191001) 保険会社用

被保険者欄	あいおい 太郎
加入者特記事項	備考
合計保険料	円
前契約合計保険料	円
90AD-4 (191001)	保険会社用

会社名	アイオイ タロウ	保険種類	賠償責任	保険金額・支払限度額	1000万円	満期日	昭和45年4月1日
-----	----------	------	------	------------	--------	-----	-----------

合計保険料 (分割払の場合は1回分)	円
前契約合計保険料 (分割払の場合は1回分)	円
90AD-4 (191001)	保険会社用