

③ 団体長期障害所得補償 (GLTD) を追加する場合

記入見本
本人用

赤枠の項目①～⑤を、消えない黒のボールペンで漏れなくご記入ください。
未記入や誤りがある場合は、再度ご記入をお願いする事となります。

【加入者本人】と記載されている加入依頼書にご記入ください。

①ご記入日
記入された日付を書いてください。

印字された住所等をご確認ください。異なる場合は二重線を引き、正しい住所をご記入ください。

②ご署名(自署)欄
ご署名は必須です。
消えない黒のボールペンで自署してください。

「1.オプションを変更」に○をつけてください。

※誤って2.にも○をしてしまった場合は、必ず二重線と訂正署名をしてください。

タイプ欄に「B」をご記入
ください。□数欄は「1」
～「4」でご記入ください

※1口あたりの補償額は月額5万円(最大4口20万円まで)です。詳しくはオプションパンフレットをご確認ください。

「健康状態告知書」にある質問の回答
記入日、署名(自署)
をご記入ください。

※「健康状態告知書」
は更新確認書の2ペ
ージにあります。



くらしの賠償責任共済 加入依頼書

※変更のない場合は、ご提出不要です。 ※加入・変更・解約の場合は赤枠内をご記入ください。

【加入者本人】

保険会社提出用

ご記入日
(加入依頼日) 令和 8 年 1 月 20 日

郵便番号 102 0084

ご住所 カナ 東京都千代田区二番町1-1-25

お名前 カナ ゼンキョウ タロウ
漢字 全 教 太 郎

保険期間 令和 8 年 4 月 1 日～令和 9 年 4 月 1 日

電話番号 03-1234-5678

加入者証券番号

生年月日 昭和 平成 令和 45 年 7 月 5 日

性別 男性 女性

所属名 カナ 漢字

払込方法・回数 団体・引去 月払

被保険者明細番号

個人番号

(ご加入) 該当する内容に ○ を付けてください。

☒ 1. オプションを変更
(追加・一部削除)

☐ 2. オプションを含む
くらしの賠償責任
共済契約を解約

ご加入者と同じ 真なる場合のみ記入してください

加入者の前 漢字

本人の住所(建物)所在地 漢字

★生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日

★性別 男性 女性

★加入者からみた続柄※ (下記数字で記入)

★他の保険契約等 あり 下欄に詳細をご記入ください。

※01 本人・02 配偶者・03 父母・04 子・05 兄弟姉妹・06 祖父母・07 孫・08 その他家族

がん保険金受取人氏名(カナ)

被保険者本人からみた続柄(下記数字で記入)

▲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に記入。

※オプションにご加入希望の方は、記入例を参考に以下の欄にご記入ください。
変更・解約がない場合は、以下の内容で更新されます。
打ち出された前年度のご加入内容を参考にご希望のタイプ・口数をご記入ください。
タイプごとの補償内容や保険料等については募集パンフレット等でご確認ください。

Z くらしの 賠償責任共済	D 弁護士費用	A がん補償	B 団体長期障害 所得補償 (GLTD)	C 携行品補償	YA 住宅内生活用財産	YC 借家人賠償責任補償	YD 救済費用等補償	YE 交通傷害補償
タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	口数	タイプ	タイプ	タイプ	タイプ
Z			B	1				

※Y A～Y Dに加入の場合は、Y 交通傷害補償に加入が必要です。

被保険者 前年同等プラン

円 + 制度運営費 円 = 合計掛金 円

お支払いいただく掛金には、保険料に制度運営費が上乗せされています。

健康状態告知 回答記入欄 ※タイプごとの質問への回答に、1つでも「あり」がある場合、そのタイプの契約のお引き受けはできません。

★被保険者本人	団体長期障害所得補償	なし	あり	なし	あり	全てなし	1つ以上あり	A	I	ウ	E
がん補償	なし	あり	なし	あり							

健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容について【がん補償にご加入の場合】上記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。
本欄にお書き出しがない限り、更新前契約と同内容で更新となります。

告知日(ご記入日) 令和 8 年 1 月 20 日

被保険者本人または
親権者・後見人等※ (自署) 全 教 太 郎

※被保険者(本人またはお子様)が満15歳未満の場合には、親権者・後見人(遺囑人・後见人・補償人の代表者)を全員の合意をいいたうえで、被保険者になつてご署名ください。

他の保険契約等記入欄 具体的な内容をご記入ください。

※他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して責任を負う他の保険契約または共済契約をいいます。
他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動による保険のお引き受けができない場合があります。

保険の対象となる方	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(ご契約金額単位:万円)
項目 コード 内容	項目 コード 内容	旧加入者証券番号	旧明細番号	営業店 1 3 0 4 公務第二部文教公務室 代理店/仲立人 0 2 2 2 ほなりゅう 契約者(団体) HH036

共済の対象となる方(被保険者)

健康告知

告知回答欄

他の保険契約等

注意事項

- 加入依頼書は必ず、原本(カラー)と複写式(ムラサキ)の2枚とも提出してください。
- 他の保険契約等がある場合、その契約内容によっては東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。