

長期生命共済契約確定届及び保障（据置）開始申込書

私は、防衛省職員生活協同組合長期生命共済事業規約及び同事業細則を本契約の内容とすることを了承のうえ、下記のとおり、コース・口数を確定し、長期生命共済事業の保障期間への移行を申し込みます。

また、申込内容が自身のニーズに合致することを確認し、「契約の概要」「申込みに当たって知っておいていただきたい事項（注意喚起情報）」及び本紙末尾の個人情報の取扱い等について了承・同意します。

契約者番号（組合員証番号を記入）							

申 込 日			
令和	年	月	日

本部用
地域担当者用
本人控

【契約者（被共済者）】

※ 以下該当事項を記入し、○印を付してください。

姓（自署）	名（自署）	性 別
		1 男
		2 女

※ 訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正箇所付近に訂正署名（フルネーム）をご記入ください。

【申込内容】

申込期間	1 保障期間	2 据置期間
コ ー ス	1 本人コース	2 本人・配偶者コース
口 数	入院保障	死亡保障
	1 1口	1 1口
	2 2口	3 3口
		5 5口

【生命共済加入の有無】

契 約 者	配 偶 者
有 ・ 無	有 ・ 無
保障開始日	保障開始日
昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日

【配偶者（被共済者）】

※ 本人・配偶者コースを選択された方は必ず記入してください。

フリガナ	性 別	生 年 月 日	配偶者同意
姓 名	1 男 2 女	昭・平 年 月 日	あり

【退職組合員証兼承諾書送付先住所】

※ 転居予定のある方は新住所、転居時期も記入してください。

フリガナ	
新住所 〒	(転居時期)

【死亡共済金等受取人】

※ 死亡共済金等受取人は必ず指定してください。

契 約 者 分			配 偶 者 分		
フリガナ		続 柄	フリガナ		続 柄
姓	名	1 配偶者 2 子 3 父母 4 兄弟姉妹 5 その他	姓	名	1 配偶者 2 子 3 父母 4 兄弟姉妹 5 その他
1 昭和 3 令和 2 平成	年 月 日生		1 昭和 3 令和 2 平成	年 月 日生	
住所 〒			住所 〒		
電話番号	携帯番号		電話番号	携帯番号	

告知	1 この申込書提出日現在、生命共済の加入者で、継続して2年以上契約している方は告知不要です。 2 前項以外の方は必ず告知してください。告知日は、申込書提出日になります。
----	---

年 月 日、申込者が自署されたことを確認しました。 (印)

▶あなたの個人情報は、各種共済契約の引受け、継続、維持管理及び共済金等の支払並びに組合業務に関する情報提供・運営管理、共済事業の充実のため利用します。また、利用目的を達成するため職域の厚生担当部署と連携する場合には、その情報を提供します。

「記入例」

長期生命共済契約確定届及び保障（据置）開始申込書

私は、防衛省職員生活協同組合長期生命共済事業規約及び同事業細則を本契約の内容とすることを了承のうえ、下記のとおり、コース・口数を確定し、長期生命共済事業の保障期間への移行を申し込みます。

また、申込内容が自身のニーズに合致することを確認し、「契約の概要」「申込みに当たって知っておいていたきたい事項（注意喚起情報）」及び本紙末尾の個人情報の取扱い等について了承・同意します。

契約者番号（組合員証番号を記入）: 3 5 5 8 8 0 0 0 1
申込日: 令和 7 年 2 月 16 日
本局用

【契約者（被共済者）】 ※ 以下該当事項を記入し、○印を付してください。

姓（自署）: 生 協
名（自署）: 太 郎
性別: 1 男 (checked), 2 女

※ 訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正箇所付近に訂正署名（フルネーム）をご記入ください。

【申込内容】

申込期間: 1 保障期間 (checked), 2 据置期間
コース: 1 本人コース, 2 本人・配偶者コース (checked)
入院保障: 1 1口, 2 2口 (checked)
死亡保障: 1 1口, 3 3口 (checked), 5 5口

【生命共済加入の有無】

契約者: 有 (checked) ・ 無
配偶者: 有 (checked) ・ 無
保障開始日: 昭平令 63 年 4 月 1 日 (checked), 昭平令 5 年 7 月 1 日

【配偶者（被共済者）】 ※ 本人・配偶者コースを選択された方は必ず記入してください。

フリガナ: セイキョウ ハナコ
姓: 生 協 名: 花 子
性別: 1 男, 2 女 (checked)
生年月日: 昭平 47 年 9 月 18 日 (checked)
配偶者同意: あり (checked)

【退職組合員証兼承諾書送付先住所】 ※ 転居予定のある方は新住所、転居時期も記入してください。

フリガナ:
新住所 〒 (転居時期)

【死亡共済金等受取人】 ※ 死亡共済金等受取人は必ず指定してください。

契約者分: フリガナ セイキョウ ハナコ 続柄 1 配偶者 (checked), 2 子, 3 父母, 4 兄弟姉妹, 5 その他
配偶者分: フリガナ セイキョウ タロウ 続柄 1 配偶者 (checked), 2 子, 3 父母, 4 兄弟姉妹, 5 その他
住所: 同左
電話番号: 090-3333-8888, 090-5555-6666

告知: 1 この申込書提出日現在、生命共済の加入者で、継続して2年以上契約している方は告知不要です。 2 前項以外の方は必ず告知してください。告知日は、申込書提出日になります。
年 月 日、申込者が自署されたことを確認しました。(印)

▶あなたの個人情報は、各種共済契約の引受け、継続、維持管理及び共済金等の支払並びに組合業務に関する情報提供・運営管理、共済事業の充実のため利用します。また、利用目的を達成するため職域の厚生担当部署と連携する場合には、その情報を提供します。