日本アマチュア無線連盟　傷害補償保険　加入申込票

センター送付

PR06	000 03	AAA	020 88	994 LF	354④

STEP 1 申込人情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。 ▢内は必ずご記入ください。

保険期間	
令和 2 年 7 月 1 日から	令和 3 年 7 月 1 日まで

メッセージ
Aセット：4,980円
Bセット：8,560円
Cセット：12,120円

団体総合生活補償保険（MS&AD 型）

住所	317（カタカナ）	トウキョウト ●●ク ▲▲1-2-3 ●●マンション 1001ゴウシツ
	〒 100 ー 1234 012	399（漢字） 東京都●●区▲▲１－２－３ ●●マンション1001号室
申込人氏名	307（カタカナ）	ムセン　タロウ
	「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。	341 フルネームでご署名ください。（漢字） 無線　太郎 様
****	018（カタカナ） ご記入不要	コールサイン 019 JX1XXX

会員確認に必要なため
コールサインは必ず
ご記入ください。

加入申込日	010 令和R	2年　4月　××日
****	017	
電話番号	011	080-××××-××××
生年月日	9	ご記入不要（下段で記入）

手続区分 下記のいずれかに○をしてください

▢	新規に加入する	全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。
○	内容を変更する（前年度加入内容を追加・変更して継続する）	全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。
○	継続加入しない	ご署名のうえ、ご提出ください。

内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。

団体名	
加入者番号	098
旧加入者番号	099
旧識別コード	L17

STEP 2 申込内容についてご確認のうえご記入ください。

団体総合生活補償保険（MS&AD型）傷害補償用　88/B1

390				
1	氏名	J04（カタカナ） ムセン　タロウ		
		L67（漢字） 無線　太郎		
	生年月日	323 Ⓣ大正 Ⓢ昭和 Ⓗ平成 Ⓡ令和 43 年 8月 20日		
	年令	303 ◎ 満 52 才	性別	302 男 女 2
	職業名・職種名	576 カタカナで記入 ご記入不要		
	職種コード	312 ご記入不要	団体との関係	L18 ◆ 1

セット名 300 572①	基本セット（必選択）	その他の項目 項目No.	内容
	A　B　C		

ご加入希望プランに
○をしてください。

ご連絡

●募集期間
2020年4月1日（水）～2020年6月12日（金）書類必着　※新規加入の際は、口座振替依頼書も併せてご提出ください。
●提出先
JP損保サービス株式会社　JARL担当
●お問い合わせ先
JP損保サービス株式会社（JARL担当）　TEL:03-6261-5888

ご記入にあたって

●「※」印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項（告知事項）です。
事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払できないことがありますので、十分ご確認のうえご回答（記入）ください。

●「◎」年令は保険始期日現在でご記入ください。（保険期間の中途で加入される場合も、中途加入日現在ではなく、団体契約の保険始期日現在の年令をご記入ください。）
●職種コードは裏面をご参照ください。　職業名・職種名は裏面の職種コード一覧を参照のうえ、カタカナ20文字以内でご記入ください。

●「◆」団体との関係について下記該当の数字（いずれか1つ）をご記入ください。
・団体の …… 1：構成員（子会社・関連会社の構成員、退職者を含む）　0：会員企業等の役員・従業員
・上記1または0の …… 2：配偶者　3：こども　4：両親　5：兄弟姉妹　6：同居の親族　7：使用人

STEP 3 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらもご確認のうえご記入ください。

（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等（団体総合生活補償保険、普通傷害保険等をいい、いずれも積立保険を含みます。）がありますか。	（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内にケガで保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。
※ 他の保険契約等がありますか？ あり	保険金請求歴がありますか？ あり

ご注意 「あり」の場合裏面を必ずご記入ください。（ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。）

前年合計保険料（1回分）	R50 合計保険料（1回分）	
ご記入不要 円	8,560 円	日

ご加入希望プランの年間
保険料を記載ください。
（右上に記載あり）

331 特記事項

計上用

職種コード一覧

ご確認は不要です。

STEP3 表面のSTEP3で「あり」と回答している場合はご記入ください。

ご申告がある場合のみ記載

※他の保険契約等

被保険者氏名	傷害死亡・後遺障害 保険金額合計	傷害入院 保険金日額合計	傷害通院 保険金日額合計
	万円	円	円
	万円	円	円
	万円	円	円

(ご注意)上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

保険金請求歴

被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
		回	円
		回	円
		回	円

(ご注意)上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。