

<加入申込書:ご記入見本>

記載事項・申込内容を確認頂き、  
会員ご本人がご署名ご捺印ください。

FCS生命共済 加入申込書(兼 告知書)

申込日 令和 5 年 2 月 15 日

どちらか  
を選択し  
て下さ  
い。

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、下記の契約を申込みます。  
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 **船橋 太郎**      **船橋**

ご本人の  
会員番号  
を記入く  
ださい。

会員本人申込欄	FCS生命共済に加入する⇒		加入コース <b>D</b> コース
会員番号	00123-0003	事業所名	船橋商会(株)

ご希望の加  
入コースを  
選択して下  
さい。

加入者氏名	性別	生年月日
カナ      フナバシ      タロウ	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成
<b>船橋 太郎</b>		50年 5 月 15 日 ( 46 歳)
〒 273-0005	住所      千葉県船橋市本町4-19-6	

受取人を  
ご指定下  
さい。  
(他人は指  
定できま  
せん)

死亡共済金受取人	自宅 携帯: 0285-22-2222	メール アドレス funabashi.taro@gmail.com
	1. <input checked="" type="radio"/> 配偶者      氏名      船橋 市子	
	2. その他      氏名 :	(続柄      )

医師の治  
療・処方薬  
について具  
体的な薬  
名・容量を  
記入下さ  
い。

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)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	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)	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
	①・②のいずれかが「はい」の方	病名 発症日	<b>高血圧症(5年程前から)</b>	
	③いつ頃、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	<b>オルメテック錠(5mg)ノルバスク錠(5mg)</b>	

配偶者様  
のお申込  
みは、会  
員様の加  
入が条件  
となります。

配偶者申込欄	FCS生命共済に加入する⇒		加入コース <b>C</b> コース
配偶者氏名	性別	生年月日	
カナ      フナバシ      イチコ	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	
<b>船橋 市子</b>		52年 4 月 10 日 ( 44 歳)	

会員様と同  
額か少な  
い死亡共  
済金のコ  
ースを選  
択して下  
さい。

死亡共済金受取人	★配偶者様の死亡共済金の受取人は会員様になります。			
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)	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	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)	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
	①・②のいずれかが「はい」の方	病名 発症日	<b>急性虫垂炎(R2.11月)</b>	
	③いつ頃、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	<b>手術後、7日間入院。現在、完治している。</b>	

入院時期  
入院日数  
完治又は  
継続治療  
中など、  
具体的にご  
記入下さ  
い。

共済団体コード	815	公益財団法人 船橋市中小企業勤労者福祉サービスセンター
---------	-----	-----------------------------

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。)