

団体管理運営責任者記入欄		確認日 平成 年 月 日
団体記号番号	団体名称	保険契約者（法人が保険契約者の場合は被保険者）が団体の所属員であることおよび給与の支払いを受ける者であることならびに本確認書の記載内容に誤りが無いことを確認しました。
8 9 「団体管理運営責任者記載欄」は、学校生協で記入します。		記名・押印

保険契約者記入欄 ※支店等コード・社員コードは、団体管理運営責任者による訂正も可能です。		記入日 平成 27 年 10 月 1 日
別紙「保険料の団体払込みのご案内」を受領し確認しました。 私は、払込期月ごとの保険料取りまとめに遅滞なく応じます。 また、「保険料の団体払込みのご案内」第4項の団体払込みに関する個人情報の取扱いに同意し、次の保険契約について団体加入を申し込みます。		
フリガナ	せいきょう たろう	勤務先(企業名等) ○○市立○○小学校
保険契約者名 (自署または記名・押印)	生協 太郎	所属(部署名・支店名等)
支店等コード (右詰で記入してください)		社員コード (右詰で記入してください) 1 2 3 4 5
保険証券(書)記号番号	被保険者名 (法人が保険契約者の場合のみ記入してください)	受付局所使用欄
1 XXXXXXXXXXXXX	生協 太郎	団体加入予定年月 年 月 円 備考
2 XXXXXXXXXXXXX	生協 花子	年 月 円
3		年 月 円
4		年 月 円
5		年 月 円
6		年 月 円
7		年 月 円
8		年 月 円
9		年 月 円
0		年 月 円
1		年 月 円
2		年 月 円
3		年 月 円
4		年 月 円
5		年 月 円

記入日：ご提出日  
 保険契約者名：契約者ご本人のお名前  
 勤務先：学校名  
 所属：空欄  
 支店等コード：空欄  
 社員コード：職員番号

受付局所番号	受付局所名	加入事由	備考
団体取扱局所番号	団体取扱局所名	新規設置 追加加入	

