

公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書

添印の項目は、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、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

新規加入に○

- 下記のいずれかに○をしてください。
- (1) 新規加入
 - (2) 変更
 - (3) 繙続加入
 - (4) 繙続しない

申込人(加入者)	加入申込日 070 令和 R 年 月 日	071 電話番号	—	—
住所	012 郵便番号 〒 —	317 カナ 漢字		
	307 カナ			
氏名	「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。		フルネームでご署名ください。 漢字 341	
			980 生年月日 大正T 賀和S 英成H 希和R 年 月 日	
所属名	018 所属名 カナ	019 所属コード	017 職員番号	

被保険者欄			
申込人住所と同じ	中込人住所と異なる場合は必ず記入ください。 H41 カナ L68 漢字 VBT		
氏名	J04 カナ L67 漢字		
(1) 323 ※生年月日 大正T 賀和S 英成H 年 月 日			
※他の保険契約等 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等(共済契約を含みます)がありますか。「あり」の場合、必ず下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。) (注)他の保険会社における契約を含みます。			
会社名	保険種類	保険金額・ 支払限度額	満期日
		千円	令和 年 月 日

全てご記入下さい

あいおいニッセイ同和損保

000 AAA 020 094
R151 03 42 SL 354

代表証券番号

<ご記入にあたって>
1.被保険者住所が申込人(加入者)の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に○印をしてください。

記入不要

098 加入者番号
L05 加入者識別コード

ご加入希望のプラン名を数字のみご記入下さい

00 セット名	397 在民法もしくは損害賠償が提起されるおそれ、また原因となる事由が8桁以内の英数字 L50 することをご存じの場合は、その内容についてご記入ください。	その他の項目(被保険者項目のみ記入) 項目No. 内容
331 加入者特記事項 カナ	記入不要	備考
R50 合計保険料(分割払の場合は1回分) 円		

全てご記入下さい