

公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書

※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○

全てご記入下さい

加入申込日	010 令和 年 月 日	011 電話番号	—
012 郵便番号	317 カナ	013 住所	—
014 氏名	307 カナ	015 漢字	—
016 生年月日	フルネームでご署名ください。	017 性別	—
018 所属名	カナ	019 所属コード	—
020 職員番号	—	021 加入者番号	—

あいおいニッセイ同和損保

000 AAA 020 094  
R151 03 42 SL 354

DN1 センター送付

<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

代表証券番号	—
加入者番号	—
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

被保険者欄	030 セット名	031 住民票記載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	その他の項目(被保険者項目のみ記入可)
032 申込住所	033 漢字	034 漢字	項目No. 内容
035 氏名	036 漢字	037 漢字	—
038 生年月日	039 性別	040 性別	—
041 会社名	042 保険種類	043 保険金額・支払限度額	044 満期日

全てご記入下さい

記入不要

加入者特記事項	カナ	備考
合計保険料(分割払の場合は1回分)	—	円

令和1年10月1日以降始期契約に使用