

団体番号	組合番号	加入年月日			
		酪農共済		酪農ハイ・メディカルSUPER	
0800	13999	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
		01	26	40	1

### 加入申込書(取扱団体)

酪農共済、酪農ハイ・メディカルSUPERに下記のとおり加入申込み致します。なお、記載事項が事実

**新規に、酪農共済3口と酪農ハイ・メディカルSUPER充実コース(3口)に加入する場合**

組合名	代々木酪農業協同組合	
代表者	組合長 酪農 太郎	印
所在地	渋谷区代々木1-1-1	担当者 印
電話	03-2222-3333	

新規に、酪農共済2口と酪農ハイ・メディカルSUPER基本コース(2口)に加入する場合

加入者番号	加入者氏名	性別	生年月日
1	(カナ) ヨヨギ タロウ (漢字) 代々木 太郎	男・女	昭・平 年 月 日
2	(カナ) ヨヨギ ジロウ (漢字) 代々木 次郎	男・女	昭・平 年 月 日
3	(カナ) ヨヨギ サブロウ (漢字) 代々木 三郎	男・女	昭・平 年 月 日
4	(カナ) (漢字) 酪農共済を1口増口し、3,600円の基本コースの既加入者が増額して、5,400円の充実コースに加入する場合	男・女	昭・平 年 月 日
5	(カナ) (漢字)	1・2 3・5	年 月 日
6	(カナ) (漢字)	男・女	昭・平 年 月 日
7	(カナ) (漢字)	男・女	昭・平 年 月 日
8	(カナ) (漢字)	男・女	昭・平 年 月 日

酪農共済		
申込区分	申込口数	掛 金
新規	口	千 円
①・2	2	4 0 0 0
①・2	3	6 0 0 0
1・②	1	2 0 0 0
1・2		
1・2		
1・2		
1・2		
1・2		
新規	人 口	合計
	2 5	12,000 円
増口	人 口	
	1 1	

酪農ハイ・メディカルSUPER		
申込区分	掛 金	
新規	千 円	
①・2	3 6 0 0	
新規	千 円	
①・2	5 4 0 0	
新規	千 円	
1・②	1 8 0 0	
新規	千 円	
1・2		
新規	千 円	
1・2		
新規	千 円	
1・2		
新規	千 円	
1・2		
新規	人 口	合計
	2 5	
増口	人 口	
	1 1	10,200 円

酪農共済新規加入以外は、必ず記入して下さい。

協会使用欄

加入者が記入押印した「加入申込書」を添付して下さい。なお、加入申込書で告知「あり」の場合は「被保険者の告知書」も添付して下さい。

注)酪農ハイ・メディカルSUPERの場合、新規コース①2口-3,600円と②3口-5,400円コースがあります。増口は、1,800円(1口)と記入願います。