

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		令和 年 月 日	令和 年 月 日	0 1	0 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、記載事項が事実と相違ないことを申し添えます。

組合名		
代表者	印	
所在地	電話	担当者 印

加入者番号	加入者氏名	性別	生年月日		
1	(カナ)	男・女	昭・平	年	月 日
	(漢字)	1・2	3・5		
2	(カナ)	男・女	昭・平	年	月 日
	(漢字)	1・2	3・5		
3	(カナ)	男・女	昭・平	年	月 日
	(漢字)	1・2	3・5		
4	(カナ)	男・女	昭・平	年	月 日
	(漢字)	1・2	3・5		
5	(カナ)	男・女	昭・平	年	月 日
	(漢字)	1・2	3・5		
6	(カナ)	男・女	昭・平	年	月 日
	(漢字)	1・2	3・5		
7	(カナ)	男・女	昭・平	年	月 日
	(漢字)	1・2	3・5		
8	(カナ)	男・女	昭・平	年	月 日
	(漢字)	1・2	3・5		

酪農共済		
申込区分	申込口数	掛 金
新規	口	千 円
増口	口	千 円
新規	口	千 円
増口	口	千 円
新規	口	千 円
増口	口	千 円
新規	口	千 円
増口	口	千 円
新規	口	千 円
増口	口	千 円
新規	人 口	合計
増口	人 口	円

酪農ハイ・メディカルSUPER		
申込区分	掛 金	
新規	千 円	
増口	千 円	
新規	千 円	
増口	千 円	
新規	千 円	
増口	千 円	
新規	千 円	
増口	千 円	
新規	人 口	合計
増口	人 口	円

酪農共済新規加入以外は、必ず記入して下さい。

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。

協会使用欄

注)酪農ハイ・メディカルSUPERの場合、新規コース① 2口-3,600円と② 3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。