

J T B 旅亦連共済 (傷害総合保険+給付) 加入申込書

< 記入例 >

団体控
年 月 日
(19年度)

(新規-1)

JTB旅ホ連共済(傷害総合保険+給付)加入申込書

JTB旅ホ連共済 理事長 殿

旅館ホテル名

TOKYO湯島リゾート

「代表者名」^{注1}

代表取締役 ○○ ○○

または

「代表者代理名(役職以上)と役職名」^{注2}



住 所 〒

東京都文京区湯島〇—〇—〇

(代表電話)

03-3834-〇〇〇〇

(代表FAX)

03-3834-〇〇〇〇

ご担当者(所属役職)

総務部

(氏名)

〇〇 ○〇

	給 付	傷 害 総 合 保 険	加 入 費 (お一人様)	加入者数	小計加入費
プランA	パンフレットを参照ください。	死亡・後遺障害 650万円 (就業中及び通勤時の事故)	3600	3名	10,800円
プランB	見舞金4項目が増額給付されます。 詳細はパンフレットを参照ください。	死亡・後遺障害 1,000万円 (事故・24時間補償) 被害事故補償 1,000万円	8400	2名	16,800円
合 計 加 入 費					27,600円

<加入月と加入費支払額> ※一人当たり

<加入月と加入費支払額>表より該当金額をご記入ください

加入月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
プランA	3,600円	3,300円	3,000円	2,700円	2,400円	2,100円	1,800円	1,500円	1,200円	900円	600円	300円
プランB	8,400円	7,700円	7,000円	6,300円	5,600円	4,900円	4,200円	3,500円	2,800円	2,100円	1,400円	700円

*労災保険欄は、労災保険加入の方は「加」に、加入していない方は「非」に○を願います。

No	氏 名	性 別	生 年 月 日	共済加入年月日	いずれかのプラン に○をしてください	労災保険 の加入
1	上野 太郎	男 女	35年1月1日	2019年4月15日	A・(B)	加・非
2	神田 花子	男 女	40年2月2日	2019年4月15日	A・(B)	加・非
3	品川 直哉	男 女	60年3月3日	2019年4月15日	(A)・B	加・非
4	目黒 優香	男 女	4年4月4日	2019年4月15日	(A)・B	加・非
5	大塚 理	男 女	5年5月5日	2019年4月15日	(A)・B	加・非

注1 代表者名とはJTBと契約を締結している方です。特別加入員となることができます。

注2 代表者代理の方は特別加入員となることはできません。

注3 特別加入員とは、JTBと契約を締結している方で、75歳未満までの方が加入できます。特別加入員以外には65歳未満までの方が加入できます。

※職種別B級の方はお引受けすることができません。

6人目からは様式(新規-2)にご記入ください

申込は随時承ります

(新規-1)

J T B 旅ホ連共済 (傷害総合保険+給付) 加入申込書

J T B 旅ホ連共済 理事長 殿

旅館ホテル名

「代表者名」^{注1}

または

「代表者代理名(役職以上)と役職名」^{注2}

住 所 〒

(代表電話)

(代表F A X)

ご担当者(所属役職)

(氏 名)

	給 付	傷 害 総 合 保 険	加 入 費 (お一人様)	加入者数	小計加入費
プランA	パンフレットを参照ください。	死亡・後遺障害 650万円 (就業中及び通勤時の事故)		名	円
プランB	見舞金4項目が増額給付されます。 詳細はパンフレットを参照ください。	死亡・後遺障害 1,000万円 (事故・24時間補償) 被害事故補償 1,000万円		名	円
合 計 加 入 費					円

《加入月と加入費支払額》 ※一人当り

加入月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
プランA	3,600円	3,300円	3,000円	2,700円	2,400円	2,100円	1,800円	1,500円	1,200円	900円	600円	300円
プランB	8,400円	7,700円	7,000円	6,300円	5,600円	4,900円	4,200円	3,500円	2,800円	2,100円	1,400円	700円

* 労災保険欄は、労災保険加入の方は「加」に、加入していない方は「非」に○をお願いします。

No.	氏 名	性別	生 年 月 日 <small>注3 特別加入員は昭和19年4月2日 以降の方 特別加入員以外は昭和29年4月 2日以降の方</small>	共済加入年月日	いずれかのプラン に○をしてください	労災保険 の加入
1		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
2		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
3		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
4		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
5		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非

注1 代表者名とはJ T Bと契約を締結している方です。特別加入員となることができます。

注2 代表者代理の方は特別加入員となることはできません。

注3 特別加入員とは、J T Bと契約を締結している方で、75歳未満までの方が加入できます。特別加入員以外は65歳未満までの方が加入できます。

※職種級別B級の方はお引受けすることができません。

※他の保険契約にご加入の方は事務局へお知らせください。

(新規-1)

JTB旅ホ連共済(傷害総合保険+給付)加入申込書

JTB旅ホ連共済 理事長 殿

保険期間：2019年3月31日16時～2020年3月31日16時

旅館ホテル名

「代表者名」^{注1}

または

「代表者代理名(役職以上)と役職名」^{注2}

重要事項の書面の交付を受け、また、個人情報の取扱いに同意の上契約を申し込みます。(クーリングオフの対象とはなりません。)

住 所 〒

(代表電話)

(代表FAX)

ご担当者(所属役職)

(氏名)

	給付	傷害総合保険	加入費 (お一人様)	加入者数	小計加入費
プランA	パンフレットを参照ください。	死亡・後遺障害 650万円 (就業中及び通勤時の事故)		名	円
プランB	見舞金4項目が増額給付されます。 詳細はパンフレットを参照ください。	死亡・後遺障害 1,000万円 (事故・24時間補償) 被害事故補償 1,000万円		名	円
合計加入費					円

《加入月と加入費支払額》 ※一人当り

加入月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
プランA	3,600円	3,300円	3,000円	2,700円	2,400円	2,100円	1,800円	1,500円	1,200円	900円	600円	300円
プランB	8,400円	7,700円	7,000円	6,300円	5,600円	4,900円	4,200円	3,500円	2,800円	2,100円	1,400円	700円

* 労災保険欄は、労災保険加入の方は「加」に、加入していない方は「非」に○を願います。

No	氏名	性別	生年月日 注3 特別加入員は昭和19年4月2日 以降の方 特別加入員以外は昭和29年4月 2日以降の方	共済加入年月日	いずれかのプラン に○をしてください	労災保険 の加入
1		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
2		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
3		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
4		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
5		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非

注1 代表者名とはJTBと契約を締結している方です。特別加入員となることができます。

注2 代表者代理の方は特別加入員となることはできません。

注3 特別加入員とは、JTBと契約を締結している方で、75歳未満までの方が加入できます。特別加入員以外は65歳未満までの方が加入できます。

※職種級別B級の方はお引受けすることができません。

※他の保険契約にご加入の方は事務局へお知らせください。

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 御中
申込人は、貴社の傷害総合保険普通保険約款と特約条項および本申込書記載事項を承認し、本申込書に記載および告知した事項は
事実と相違ないことを誓約の上、上記の保険契約を申し込みます。
また、パンフレット記載の「個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、貴社の保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。

(新規-1)

JTB旅ホ連共済(傷害総合保険+給付)加入申込書

JTB旅ホ連共済 理事長 殿

保険期間：2019年3月31日16時～2020年3月31日16時

旅館ホテル名

「代表者名」^{注1}

または

「代表者代理名(役職以上)と役職名」^{注2}

重要事項の書面の交付を受け、また、個人情報の取扱いに同意の上契約を申し込みます。(クーリングオフの対象とはなりません。)

住 所 〒

(代表電話)

(代表FAX)

ご担当者(所属役職)

(氏名)

	給付	傷害総合保険	加入費 (お一人様)	加入者数	小計加入費
プランA	パンフレットを参照ください。	死亡・後遺障害 650万円 (就業中及び通勤時の事故)		名	円
プランB	見舞金4項目が増額給付されます。 詳細はパンフレットを参照ください。	死亡・後遺障害 1,000万円 (事故・24時間補償) 被害事故補償 1,000万円		名	円
合計加入費					円

《加入月と加入費支払額》 ※一人当たり

加入月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
プランA	3,600円	3,300円	3,000円	2,700円	2,400円	2,100円	1,800円	1,500円	1,200円	900円	600円	300円
プランB	8,400円	7,700円	7,000円	6,300円	5,600円	4,900円	4,200円	3,500円	2,800円	2,100円	1,400円	700円

* 労災保険欄は、労災保険加入の方は「加」に、加入していない方は「非」に○を願います。

No.	氏名	性別	生年月日 <small>注3 特別加入員は昭和19年4月2日以降の方 特別加入員以外は昭和29年4月2日以降の方</small>	共済加入年月日	いずれかのプランに○をしてください	労災保険の加入
1		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
2		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
3		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
4		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非
5		男 女	年 月 日	年 月 日	A · B	加 · 非

注1 代表者名とはJTBと契約を締結している方です。特別加入員となることができます。

注2 代表者代理の方は特別加入員となることはできません。

注3 特別加入員とは、JTBと契約を締結している方で、75歳未満までの方が加入できます。特別加入員以外は65歳未満までの方が加入できます。

※職種級別B級の方はお引受けすることができません。

※他の保険契約にご加入の方は事務局へお知らせください。

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 御中
申込人は、貴社の傷害総合保険普通保険約款と特約条項および本申込書記載事項を承認し、本申込書に記載および告知した事項は
事実と相違ないことを誓約の上、上記の保険契約を申し込みます。
また、パンフレット記載の「個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、貴社の保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。