

契約番号 M - -

(漁業労働災害共済契約用)

(前年度契約番号 M 1 1 1)

漁業労働災害共済契約のみ記入

船番号	フリガナ名	船主名	漁業種類	総トン数	被災者数	主契約金 共済金額	職務外特定死亡 共済金額	病気・職務外 死亡共済金額	特別共済 費用金額	共済掛金額 (分割払いの場合は初回払込額)
	船名									
				t	人	1人当り 万円	1人当り 万円	1人当り 万円	1人当り 万円	

被共済者である私は、次の(1)～(4)を承知しています。(1)共済契約者が申込む共済契約への加入について契約内容および死亡共済金受取人を承知のうえ当該共済契約の被共済者となることに同意します。(2)記載した健康状態等の告知内容は事実と相違ありません。(3)「個人情報利用目的等説明書」記載内容に同意します。(4)当該共済契約への加入、契約内容、共済金受取人について、家族に説明しております。

被共済者同意印、個人情報取扱取扱説明受同意印
および当一覽表による告知事項等の他の被共済者への開示承認印

被共済者同意印、個人情報取扱説明受同意印
および当一覧表による告知事項等の他の被共
済者への開示承認印

66 才以上 (*)

[illegible]

(ご注意) ○告知事項等に記載いただいた内容が事実と相違しているときには、万一の場合でも共済金をお支払できないことがありますので記載内容に誤りがないことを今一度ご確認ください。

告知事項について ○傷害共済契約の団体契約および産業労働災害共済契約の死亡共済金受取人は、被共済者を使用する者または被共済者の相續人を指定して下さい。なお、被共済者を使用する者以外の者を共済契約者とする場合にも、共済契約者とすることもできます。

傷害共済契約

上記の告知事項欄の(ある・ない)のいずれかに○をして下さい。もし下記告知事項(A)(B)のいずれか(ある)の場合は、(ある)に○をし、別紙被共済者身体状況書に具体的に記入してください。

なお、(B)告知は病氣死亡担保特約を付加する方のみ回答してください。

(A) 最近1年間に、身体上の事由により就労できなかった期間が9カ月以上ありますか。

(B) 最近5年間に、2週間以上にわたる医師の入院治療もしくは手術を受けたことがありますか。

漁勞災共濟契約

申込時において、身体上の事由により就労できない状況にありますか。

既加入契約

既に加入している乗組員厚生共済契約がある場合に〇をしてください。

記載例