

自治体提携慶弔共済保険[保険契約]に係る同意書

下記の保険契約の契約内容について了知し、契約締結及び対象者（被保険者）となることに同意します。また、本同意書を一般財団法人全国勤労者福祉・共済振興協会に送付することに同意します。

下記6の保険期間終了後、この期間満了の1か月前までに会員又は事務局から特段の意思がなかった場合は、この契約は自動的に更新されるものとし、その後も同様に1年ごと更新されるものとします。

記

- 1. 保険契約者 南箕輪村勤労者互助会
- 2. 保険者 一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会
- 3. 保険種類 自治体提携慶弔共済保険
- 4. 保障事由 自治体提携慶弔共済保険普通保険約款
第2章本人保障条項第1条(2)保険金種類①死亡保険金④増加死亡保険金
- 5. 保険金額 死亡時及び重度障害で300,000円(対象者が保険期間の初日において満71歳以上の場合は150,000円)
- 6. 保険期間 2024/4/1～2025/3/31 1年間

事業所名

| 対象者（被保険者）氏名 （記名・署名） | 押印欄 （署名の場合不要） |
|------------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

※枚数が足りない場合は、コピーしてお使いください