



保険証券診断申込書

FAXで診断

郵送で診断

FAX
送信先 **03-3288-3708**

〒102-8273
東京都千代田区九段南 4-8-16

UAゼンセン共済事業局 御中

●以下の情報に基づく生命保険証券診断を申し込みます。

申込日 年 月 日

申込者 氏名	フリガナ										
組合名					共済加入者番号 ※未加入者は不要です。						
TEL					FAX						
申込者の 家族構成 ※必ず記入してく ださい。	本人	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 既婚	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	(歳)
	家族 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	家族 <input type="checkbox"/> 有 の場合			① 配偶者	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	(歳)
					② 子ども	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	(歳)
					② 子ども	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	(歳)
					② 子ども	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	(歳)
現在加入の 保険・共済 ※保険証券のコピー を添付してくだ さい。(両面)	加入者			会社名・商品名				保険料月額			
	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子ども					円			
	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子ども					円			
	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子ども					円			
見直しの要望点 ※○印を付けてくだ さい。	① 掛金を安く ② 医療保障を重点に ③ 介護保障を重点に ④ 老後保障を重点に ⑤ その他 ()										
	FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> を希望 (注)FAXを希望される方は、上記FAX番号、郵送を希望される方は下記に住所をご記入ください。										
診断書の送付方法	〒 ー										
平均月収 (年間所得/12)	医療共済の休業保障特約・給与保障共済にご加入を希望される方のみ○印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 30万円以上 <input type="checkbox"/> 22.5万円以上 <input type="checkbox"/> 15万円以上 <input type="checkbox"/> 9万円以上 <input type="checkbox"/> 6万円以上										
自動車保険の 見直し	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない										

※個人情報の取扱:共済事業局、本申込により取得した個人情報を診断サービスにのみ利用します。

※「自動車保険の見直し」については、こくみん共済 coop と連携し、マイカー共済をご案内いたします。