

一般社団法人 全国酪農協会 御中

酪農共済・酪農ハイ・メディカル SUPER

加入申込書 (取扱団体)

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	
800		令和 年 月 日	令和 年 月 日	01	01

酪農共済制度、酪農ハイ・メディカル SUPER に下記のとおり加入申込みいたします。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		
代表者名	(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) (漢字)	男・女	昭和 平成	年 月 日	
2	(カナ) (漢字)	男・女	昭和 平成	年 月 日	
3	(カナ) (漢字)	男・女	昭和 平成	年 月 日	
4	(カナ) (漢字)	男・女	昭和 平成	年 月 日	
5	(カナ) (漢字)	男・女	昭和 平成	年 月 日	
6	(カナ) (漢字)	男・女	昭和 平成	年 月 日	
7	(カナ) (漢字)	男・女	昭和 平成	年 月 日	
8	(カナ) (漢字)	男・女	昭和 平成	年 月 日	

協会
使用
欄

酪農共済新規加入以外は必ず記入してください。
(共済増口、ハイ・メディカルのみ加入などのとき)

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

加入者記入押印の申込書を添付ください。なお、酪農共済で加入告知がある場合は「被保険者の告知書」も添付してください。