

入会申込書 兼 異動承認請求書（法人契約用） 被保険者の追加

一般社団法人日本看護学校協議会共済会 宛て

メディカル少額短期保険株式会社 宛て

本日、以下の通り異動を請求いたします。記載内容は事実に相違ありません。

ご記入日（請求日）：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【ご契約者（=異動請求者）】

商 号 代表者の役職及び氏名	印
住 所	〒
証券番号	

【異動内容】

異動内容	異動日
被保険者の追加→ _____ 名（※別添名簿の通り） ※別添名簿に記載の者が一般社団法人日本看護学校協議会共済会の 会員でない場合には、同会に入会することを申し込みます。	西暦 _____ 年 _____ 月 1 日から

Willnext-Assistant 被保険者名簿

■保険期間 年間契約の場合： 2021年 3月 31日 午後4時～2022年3月31日 午後4時
 中途契約の場合： 年 月 1日 午前0時～2022年3月31日 午後4時

△法人名(または施設名): _____

No.	会員番号 <small>(何も記入しないでください)</small>	フリガナ ▲氏名	▲住所	生年月日	△職業・職務 <small>(証券に記載される職種を1つ選択)</small>
	性別				
1			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護業務補助者 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者
				男・女	
2			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護業務補助者 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者
				男・女	
3			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護業務補助者 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者
				男・女	
4			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護業務補助者 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者
				男・女	
5			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護業務補助者 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者
				男・女	
6			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護業務補助者 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者
				男・女	
7			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護業務補助者 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者
				男・女	
8			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護業務補助者 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者
				男・女	
9			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護業務補助者 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者
				男・女	
10			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護業務補助者 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者
				男・女	

▲または△が付された事項は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。告知していただいた内容が事実と違っていた場合または告知しただけなかった場合は告知義務違反としてご契約が解除されることがありますのでご注意ください。△が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅延なく取扱代理店または弊社までご連絡ください。