

貝塚市中小企業勤労者福祉共済センター 宛

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および対象者（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、下記1. から5. を同一とし、保険期間の初日を保険期間満了の日の翌日とする保険期間1年間の保険契約として更新される場合には、その更新される保険契約の締結に同意し、その後も1年ごとに同様とします。

対象者（被保険者）氏名 （記名・署名）	押印欄
貝塚 太郎	

記

1. 保険契約者 貝塚市中小企業勤労者福祉共済センター
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 100,000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50,000円）
6. 保険期間 **2019/7/1～2020/6/30** 1年間

※ 保険期間は毎年7月1日の更新になります。

例) 書類の提出が2020年10月5日の場合

保険期間は『2020/7/1～2021/6/30』と記入してください。

以上

※枚数が足りない場合は、コピーしてお使い下さい。