

「アフラック」 福井県学校生活協同組合 団体加入申込書

個人情報の取り扱いについて

当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きに使用、保険会社へ提供、使用いたします。

太線枠内を漏れなくご記入くださいますようお願いいたします。

職員番号									
お名前 (ご契約者名)				生年月日	T・S・H	年	月	日生	
ご住所	〒 -								
電話番号				携帯番号					

下記証券について、福井県学校生活協同組合 団体の加入を申し込みます。

証券番号 (左づめでご記入ください。)	現在保険料金額	学生協記入欄	
		集金開始年月	団体扱い保険料
	円	年 月	円
	円	年 月	円
	円	年 月	円

学生協指定代理店 福井県教育用品株式会社にて、団体扱いの手続きをいたします。

団体扱い加入による、学生協での口座振替開始月については、手続き完了後にご連絡させていただきます。