

お手続き方法のご案内 兼 加入依頼書

- STEP1** まずはご希望の加入プランをご検討ください
STEP2 本紙「加入依頼書」をご記入のうえ、かたばみへご送付ください
STEP3 かたばみから「加入申込票」を発送いたします
STEP4 お手元に届きました「加入申込票」をご記入のうえ、かたばみへご返送ください

加入依頼書

★ご記入日	令和	年	月	日	※ 中途加入の場合、加入希望日をご記入ください	
★所属	八千代エンジニアリング株式会社		<input type="checkbox"/>		株式会社ワイ・テック <input type="checkbox"/>	
★部署	(支店・部署)					
★申込人	氏名		カナ		★社員番号	
★電話番号	自宅	勤務先			携帯番号	
★住所	自宅					

ご希望の加入プランについてご記入ください

★加入対象者(被保険者)① いずれかチェックしてください 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他親族 <input type="checkbox"/>	ご加入希望口数をご記入ください		セット希望オプションにチェックしてください	
	★氏名 <input type="text"/>	傷害プラン () <input type="checkbox"/>		日常生活賠償
★カナ <input type="text"/>	疾病プラン () <input type="checkbox"/>		携行品損害	<input type="checkbox"/>
★生年月日 S H 年 月 日 R	傷害+疾病プラン () <input type="checkbox"/>	+	育英費用	<input type="checkbox"/>
	がん基本プラン () <input type="checkbox"/>		八大疾病一時金(50万円)	<input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可
			八大疾病一時金(100万円)	<input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可
	がん+診断保険金プラン () <input type="checkbox"/>		先進医療費用	<input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可
	自転車保険プラン J1 () <input type="checkbox"/>		J2 () <input type="checkbox"/>	
	介護保険プラン(基本セット) +	介護一時金補償	+	親介護休業補償
	介護保険一時金補償のみ +	本人 () <input type="checkbox"/>		★生年月日 S H 年 月 日 R
	親介護休業補償のみ +	父 () <input type="checkbox"/>	+	() <input type="checkbox"/>
	両方セット +	母 () <input type="checkbox"/>	+	() <input type="checkbox"/>
	いずれも加入いただけます			

★加入対象者(被保険者)② いずれかチェックしてください 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他親族 <input type="checkbox"/>	ご加入希望口数をご記入ください		セット希望オプションにチェックしてください	
	★氏名 <input type="text"/>	傷害プラン () <input type="checkbox"/>		日常生活賠償
★カナ <input type="text"/>	疾病プラン () <input type="checkbox"/>		携行品損害	<input type="checkbox"/>
★生年月日 S H 年 月 日 R	傷害+疾病プラン () <input type="checkbox"/>	+	育英費用	<input type="checkbox"/>
	がん基本プラン () <input type="checkbox"/>		八大疾病一時金(50万円)	<input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可
			八大疾病一時金(100万円)	<input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可
	がん+診断保険金プラン () <input type="checkbox"/>		先進医療費用	<input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可
	自転車保険プラン J1 () <input type="checkbox"/>		J2 () <input type="checkbox"/>	
	介護保険プラン(基本セット) +	介護一時金補償	+	親介護休業補償
	介護保険一時金補償のみ +	本人 () <input type="checkbox"/>		★生年月日 S H 年 月 日 R
	親介護休業補償のみ +	父 () <input type="checkbox"/>	+	() <input type="checkbox"/>
	両方セット +	母 () <input type="checkbox"/>	+	() <input type="checkbox"/>
	いずれも加入いただけます			

★印の項目をご記入いただいた本書を「FAX」もしくは「メール」で下記へご送付ください。なお、裏面「保険対象者追記書」をご使用の場合はあわせてご送付いただけますようお願い致します。

株式会社かたばみ 担当 江口・濱田 FAX.03-5413-8120
 ☒江口：eguchi@katabami.co.jp 濱田：kohamada@katabami.co.jp



保険対象者追記書

		ご加入希望口数をご記入ください	セット希望オプションにチェック区ください
★加入対象者(被保険者)③ <small>いずれかチェック区ください</small> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他親族 <input type="checkbox"/> ★氏名 <input type="text"/> ★カナ <input type="text"/> ★生年月日 S H 年 月 日 R	傷害プラン () <input type="checkbox"/>	日常生活賠償 <input type="checkbox"/>	
	疾病プラン () <input type="checkbox"/>	携行品損害 <input type="checkbox"/>	
	傷害+疾病プラン () <input type="checkbox"/> +	育英費用 <input type="checkbox"/>	
	がん基本プラン () <input type="checkbox"/>	八大疾病一時金(50万円) <input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可 八大疾病一時金(100万円) <input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可	
	がん+診断保険金プラン () <input type="checkbox"/>	先進医療費用 <input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可	
		自転車保険プラン J1 () <input type="checkbox"/> J2 () <input type="checkbox"/>	
		介護保険プラン(基本セット) + 介護一時金補償 + 親介護休業補償	
		介護保険一時金補償のみ + 本人 () <input type="checkbox"/> 親介護休業補償のみ + 父 () <input type="checkbox"/> + () <input type="checkbox"/> <small>両方セット</small> いずれも加入いただけます + 母 () <input type="checkbox"/> + () <input type="checkbox"/>	★生年月日 S H 年 月 日 S H 年 月 日
★加入対象者(被保険者)④ <small>いずれかチェック区ください</small> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他親族 <input type="checkbox"/> ★氏名 <input type="text"/> ★カナ <input type="text"/> ★生年月日 S H 年 月 日 R	傷害プラン () <input type="checkbox"/>	日常生活賠償 <input type="checkbox"/>	
	疾病プラン () <input type="checkbox"/>	携行品損害 <input type="checkbox"/>	
	傷害+疾病プラン () <input type="checkbox"/> +	育英費用 <input type="checkbox"/>	
	がん基本プラン () <input type="checkbox"/>	八大疾病一時金(50万円) <input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可 八大疾病一時金(100万円) <input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可	
	がん+診断保険金プラン () <input type="checkbox"/>	先進医療費用 <input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可	
		自転車保険プラン J1 () <input type="checkbox"/> J2 () <input type="checkbox"/>	
		介護保険プラン(基本セット) + 介護一時金補償 + 親介護休業補償	
		介護保険一時金補償のみ + 本人 () <input type="checkbox"/> 親介護休業補償のみ + 父 () <input type="checkbox"/> + () <input type="checkbox"/> <small>両方セット</small> いずれも加入いただけます + 母 () <input type="checkbox"/> + () <input type="checkbox"/>	★生年月日 S H 年 月 日 S H 年 月 日
★加入対象者(被保険者)⑤ <small>いずれかチェック区ください</small> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他親族 <input type="checkbox"/> ★氏名 <input type="text"/> ★カナ <input type="text"/> ★生年月日 S H 年 月 日 R	傷害プラン () <input type="checkbox"/>	日常生活賠償 <input type="checkbox"/>	
	疾病プラン () <input type="checkbox"/>	携行品損害 <input type="checkbox"/>	
	傷害+疾病プラン () <input type="checkbox"/> +	育英費用 <input type="checkbox"/>	
	がん基本プラン () <input type="checkbox"/>	八大疾病一時金(50万円) <input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可 八大疾病一時金(100万円) <input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可	
	がん+診断保険金プラン () <input type="checkbox"/>	先進医療費用 <input type="checkbox"/> ※傷害プラン不可	
		自転車保険プラン J1 () <input type="checkbox"/> J2 () <input type="checkbox"/>	
		介護保険プラン(基本セット) + 介護一時金補償 + 親介護休業補償	
		介護保険一時金補償のみ + 本人 () <input type="checkbox"/> 親介護休業補償のみ + 父 () <input type="checkbox"/> + () <input type="checkbox"/> <small>両方セット</small> いずれも加入いただけます + 母 () <input type="checkbox"/> + () <input type="checkbox"/>	★生年月日 S H 年 月 日 S H 年 月 日

ご希望のプランと★印の項目をご記入いただき、「加入依頼書」とあわせて「FAX」もしくは「メール」で下記へご送付ください。

株式会社かたばみ

FAX.03-5413-8120

担当 江口・濱田

江口：eguchi@katabami.co.jp

濱田：kohamada@katabami.co.jp

