

ご記入例（新規）

文部科学省共済組合 御中（損害保険ジャパン株式会社 宛）

文部科学省共済組合福祉事業 団体傷害保険 加入申込カード

ご契約期間：2025 年 12 月 1 日～2026 年 12 月 1 日

必ずご記入ください。

申込日：2025 年 9 月 15 日

組合員番号がご不明な場合は、ご所属機関の共済事務担当者様にご確認ください。

記入
入いただきご署名の上、共済事務担当課・係へ本カードをご提出ください。
補償内容や保険料は、パンフレットをご確認ください。病気の補償、介護の補償の保険料は、2025年12月1日時点の満年齢によって異なりますので、ご注意ください。

続柄コードは、下段の表を確認ください。

共 済 組 合 員 欄	長期組合員番号	123456789	☆職 種	
	機関 名	〇〇大学	A 1：教育系 B 1：運転手 A 2：事務系 B 2：農林系 A 3：保安系 その他 A 4：医療系 () A 5：船舶系	
	所 属・ 部 局 名	〇〇学部〇〇学科		
	フリガナ	ソンボ タロウ	性 別	生年月日（西暦）
	氏 名	損保 太郎	男 女	1978 年 9 月 6 日
		ご署名欄		ご署名欄
		損保 太郎		

ご署名を必ずしてください。



記入例や保険料は
こちらをご確認ください

提出用

被保険者（ご本人）欄						※1 ケガの補償	※2 病気の補償	※2 介護の補償	月額保険料
番号	フリガナ 氏 名	性別	共済組合員 との続柄 コード	生年月日 （西暦）	満年齢 （12月1日時点）				
1	ソンボ タロウ 損保 太郎	男	01	1978年9月6日	47 歳	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input checked="" type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> AA1 <input type="checkbox"/> AA2 <input type="checkbox"/> AA3 <input type="checkbox"/> AA4	<input checked="" type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2	<input checked="" type="checkbox"/> N1	3,840 円
2	ソンボ ハナコ 損保 花子	女	02	1980年10月3日	45 歳	<input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> AA1 <input type="checkbox"/> AA2 <input type="checkbox"/> AA3 <input type="checkbox"/> AA4	<input checked="" type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N1	2,100 円
3	ソンボ イチロウ 損保 一郎	男	03	2017年11月1日	8 歳	<input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> AA1 <input type="checkbox"/> AA2 <input type="checkbox"/> AA3 <input type="checkbox"/> AA4	<input checked="" type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N1	1,000 円
4					歳	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> AA1 <input type="checkbox"/> AA2 <input type="checkbox"/> AA3 <input type="checkbox"/> AA4	<input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N1	
5					歳	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> AA1 <input type="checkbox"/> AA2 <input type="checkbox"/> AA3 <input type="checkbox"/> AA4	<input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N1	

※1 A3・A4・AA3・AA4コースは、12月1日時点で満18才未満の未成年者様を被保険者に設定できません。

※2 病気の補償、介護の補償にご加入いただく場合は、別途告知書をご提出が必要となります。

共済組合員 との 続柄コード	01 本人	03 子	06 同居の親族
	02 配偶者 （同性・内縁を含む）	04 親	07 同居の家事従業者
		05 同居の兄弟姉妹	08 別居の兄弟姉妹

病気の補償、介護の補償にご加入いただく場合は、必ず告知書の提出が必要となりますので、ご注意ください。

必ずご記入ください。

月額合計保険料	6,940 円
---------	---------

月額合計保険料を必ず記入ください。