

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	○○大学	A 1 : 教育系	B 1 : 運転手	
所属・部局名	○○学部○○学科	A 2 : 事務系	B 2 : 農林系	
フリガナ	ソンボ タロウ	A 3 : 保安系	その他	
氏名	損保 太郎	A 4 : 医療系	()	関する説明事項に同意のうえ加入を申し込みます。
		A 5 : 船舶系		
		性別	生年月日（西暦）	ご署名欄
		男	1978年9月6日	損保 太郎



記入例や保険料は
こちらをご確認ください

ご署名を必ずしてください。

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	

月額合計保険料を必ず記入ください。

※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、別途告知書の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P・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