

ご記入例（変更）

①氏名や機関名などの情報の変更

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

2025年12月1日始期のご契約において、保険料率の改定を実施しております。12月1日始期以降の保険料は、本カードに記載の保険料となります。必ずご確認ください。

必ずご記入ください。

申込日：2025年 9月15日

本カードには、現在の加入内容を記載しています。
本カードだけ ①氏名や機関名などの情報の変更

変更は、

- ①氏名や機関名などの情報の変更
 - ②オプションの削除
 - ③解約（新プランへの移行含む）
- のみ受け付けております。

変更がない場合は、ご提出不要です。

②オプションの削除には、一部の被保険者の解約を含みます。

共 済 組 合 員 欄	通し番号		☆職種	変更区分
	長期組合員番号	123456789	A 1 : 教育系 A 2 : 事務系 A 3 : 保安系 A 4 : 医療系 A 5 : 船舶系	B 1 : 運転手 B 2 : 農林系 その他
機関名	○○○○機構 ○○○大学			
所属・部局名	○○○○課 ○○○○部(○○○○課)			
フリガナ	ソンボ タロウ	性別	生年月日	ご署名欄
氏名	損保 太郎	男	1978年9月6日	損保 太郎

提出用



記入例や保険料は
こちらをご確認ください

被保険者（ご本人）欄				変更する箇所に2重線を引いていただき、変更後の内容を記入ください。							
番号	フリガナ 氏名	性別	共済組合員 との載籍 コード	生年月日 (西暦)		賃借人 費用 補償	オカヨン保険 本人 介護 補償				
1	ソンボ タロウ 損保 太郎	男 01	1978年9月6日	45 歳	P0			①			
2	ソンボ ハナコ 損保 花子	女 02	1980年10月3日	45 歳	P0			①			
3	ソンボ イチロウ 損保 一郎	男 03	2017年11月1日	8 歳	P0			①			
4				歳							
5				歳							

ご署名を必ずしてください。

B ファミリータイプ

ファミリータイプ F 1	ファミリータイプ F 2	オプション	
		ホールインワン・アレイドロス費用	

オプション（親介護費用の補償）			
父	フリガナ 氏名	生年月日（西暦）	性別
母	フリガナ 氏名	生年月日（西暦）	性別

共済組合員 との 統柄コード	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		

共済組合員（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式WEBサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

2025年12月1日からの月額合計保険料
4,850 円

変更後の月額合計保険料*
円

*ご加入内容を変更される場合は、
必ずご記入ください。

退職や出向される組合員様向けに退職・出向専用のプランをご用意しております。
加入を希望される場合は、取扱代理店の第一成和事務所までお問合せください。

ご記入例（変更）
②オプションの削除

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

2025年12月1日始期のご契約において、保険料率の改定を実施しております。12月1日始期以降の保険料は、本カードに記載の保険料となります。必ずご確認ください。

必ずご記入ください。

申込日：2025年 9月15日

本カードには、現在の加入内容を記載しています。
本カードだけ ①氏名や機関名などの情報の変更

変更は、
①氏名や機関名などの情報の変更
②オプションの削除
③解約（新プランへの移行含む）
のみ受け付けております。

変更がない場合は、ご提出不要です。
②オプションの削除には、一部の被
保険者の解約を含みます。

共済組合員欄	通し番号			☆職種	変更区分	
		長期組合員番号	123456789		A 1 : 教育系 A 2 : 事務系 A 3 : 保安系 A 4 : 医療系 A 5 : 船舶系	B 1 : 運転手 B 2 : 農林系 その他
	機関名	○○大学				
	所属・部局名	○○学部○○学科				
	フリガナ	ソンボ タロウ		性別	生年月日	ご署名欄
	氏名	損保 太郎		男	1978年9月6日	損保 太郎

提出用



記入例や保険料は
こちらをご確認ください

被保険者（ご本人）欄							
番号	フリガナ	性別	共済組合員との載籍コード	生年月日（西暦）	満年齢（12月1日時点）	パソコンタイプ	オプション
1	ソンボ タロウ	男	01	1978年9月6日	47歳	P0	あり あり ①
2	損保 花子	女	02	1980年10月3日	45歳	P0	②
3	損保 一郎	男	03	2017年11月1日	8歳	P0	③
4							
5							

オプション削除は、一部の被保険者
の解約を含みます。

2025年12月1日始期以降より販売する
プランを変更しますので、旧プラン
における被保険者の追加やオプショ
ンの追加は、お受けできませんので
ご注意ください。

B ファミリー

ファミリータ
F1

ご署名を必ずしてください。

削除するオプションに2重線を引いて
いただき、変更後の月額合計保険
料を記入ください。
各オプションの保険料は、お手数で
すが、上段のQRコードの遷移先にあ
ります詳細版パンフレットをご確認
ください。

オプション（親介護費用の補償）			
父	フリガナ	生年月日（西暦）	性別
母	フリガナ	生年月日（西暦）	性別

変更後の保険料を必ずご記入
ください。

共済組合員 との 統括コード	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

共済組合員（加入者）および被保険者は、募集文書または損保
ジャパン公式WEBサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)
に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

2025年12月1日からの月額合計保険料
4,850 円

変更後の月額合計保険料*
2,730 円

*ご加入内容を変更される場合は、
必ずご記入ください。

退職や出向される組合員様向けに退職・出向専用のプランをご用意しております。
加入を希望される場合は、取扱代理店の第一成和事務所までお問合せください。

ご記入例（変更）

③解約（新プランへの移行含む）

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

2025年12月1日始期のご契約において、保険料率の改定を実施しております。12月1日始期以降の保険料は、本カードに記載の保険料となります。必ずご確認ください。

必ずご記入ください。

申込日：2025年 9月15日

本カードには、現在の加入内容を記載しています。
本カードだけ ①氏名や機関名などの情報の変更

変更は、
①氏名や機関名などの情報の変更
②オプションの削除
③解約（新プランへの移行含む）
のみ受け付けております。

変更がない場合は、ご提出不要です。
②オプションの削除には、一部の被保険者の解約を含みます。

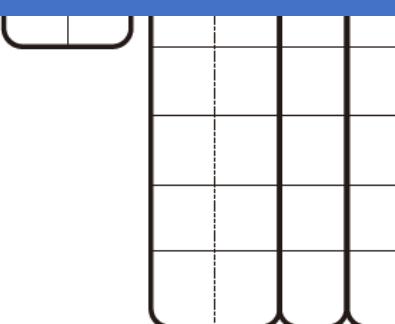
通し番号			☆職種	変更区分
長期組合員番号	123456789		手 系 ()	情報変更
機関名	解約の場合は、全ての被保険者の契約が解約となりますので、ご注意ください。			オプション削除
所属・部局名				解約
フリガナ	ソンポ タロウ		性別	生年月日
氏名	損保 太郎		男	1978年9月6日
				ご署名欄
				損保 太郎

提出用



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。



被保険者（ご本人）欄				
番号	フリガナ	性別	共済組合員との載籍コード	生年月日（西暦）
1	ソンポ タロウ			
2	損保 太郎	2025年12月1日始期以降の新プランに加入いただく場合は、全ての被保険者の契約を解約いただき、お申込みいただくものとなります。		
3	損保 花子			
4	ソンポ イチロー			歳
5	損保 一郎			歳

B ファミリータイプ

ファミリータイプ F 1	ファミリータイプ F 2	オプション	
		ホールインワン・アーリートロス費用	

オプション（親介護費用の補償）

父	フリガナ	生年月日（西暦）	性別
	氏名		
母	フリガナ	生年月日（西暦）	性別
	氏名		

変更後の保険料を必ずご記入ください。

共済組合員 との 統柄コード	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		

共済組合員（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式WEBサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

2025年12月1日からの月額合計保険料
4,850 円

変更後の月額合計保険料*
0 円

*ご加入内容を変更される場合は、必ずご記入ください。

退職や出向される組合員様向けに退職・出向専用のプランをご用意しております。
加入を希望される場合は、取扱代理店の第一成和事務所までお問合せください。

ご記入例（変更）
④新プランへの移行

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

旧プランから2025年12月1日始期以降
の新プランへご切替をいただく場合
は、この加入申込カードにご記入く
ださい。

必要事項
トをご
なります

病気の補償、介護の補償にご加入い
ただく場合は、改めて、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。

本力一
2025年

変更区分	旧プラン からの切替
ご署名欄	損保 太郎

提出用



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

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 との繋柄 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	円
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	円

※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、別途告知書のご提出が必要となります。

共済組合員 との 繋柄コード	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 05 同居の兄弟姉妹	07 同居の家事従業者 08 別居の兄弟姉妹

共済組合員（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式WEBサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

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。