

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。
本カードでは、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 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	情報変更
	機関名	〇〇〇〇機構 〇〇〇〇大学		オプション削除
	所属・ 部署名	〇〇〇〇課 〇〇〇〇学部〇〇〇〇学科		解約
	フリガナ	ソンボ タロウ		ご署名欄
	氏 名	損保 太郎	男	1978年9月6日

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。					オプション（親介護費用の補償）	
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）						介護費用 補 償	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							
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・アルビトロス費用

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 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

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。

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。

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

必ずご記入ください。

申込日：2025 年 9 月 15 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。

本カードには、現在の加入内容を記載しています。
本カードでは、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	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	情報変更 オプション削除 解約
機関名	〇〇大学		
所属・ 部署名	〇〇学部〇〇学科		
フリガナ	ソンボ タロウ	性別	生年月日
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

被保険者（ご本人）欄						オプション		オプション（病気の補償）		オプション（扶養）	
番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日 （西暦）	満年齢 （12月1日時点）	パーソナル タイプ	賠償 責任補償	被害 事故補償	ホールイン ワン・アルパ トロス費用	加入 コース （①～③）	三大疾病 の一時金 補 償	扶養費用 の 補 償
1	ソンボ タロウ 損保 太郎	男	01 1978年9月6日	47 歳	P0	あり	あり		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											
5											

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
F 1

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

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 02 配偶者 （同性P・内縁を含む）	03 子 04 親 05 同居の兄弟姉妹	06 同居の親族 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。

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

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。

*ご加入内容を変更される場合は、
必ずご記入ください。

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

必ずご記入ください。

申込日：2025 年 9 月 15 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。

本カードには、現在の加入内容を記載しています。
本カードでは、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)	<input type="button" value="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。			<input type="button" value="オプション削除"/>	
所属・ 部局名				<input checked="" type="button" value="解約"/>	
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						オプション			オプション（病気の補償）		オプション（介護）		
番号	フリガナ	性別	共済組合員 との続編 コード	生年月日 （西暦）	満年齢 （12月1日時点）	パーソナル タイプ	賠償 責任補償	被 害 事故補償	ホールイン ワン・アルパ トロス費用	加 入 コース （①～③）	三大疾病 の一時金 補 償	葬祭費用 の 補 償	本人 介護 補償
	氏 名												
1	ソンボ タロウ 損保 太郎							あり		①			
2	ソンボ ハナコ 損保 花子									①			
3	ソンボ イチロウ 損保 一郎									①			
4						歳							
5						歳							

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。
次ページの記入例をご確認ください。

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・アルパトロス費用

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

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	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

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。

*ご加入内容を変更される場合は、
必ずご記入ください。

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

提出用

ご署名を必ずしてください。

変更区分
旧プランからの切替

ご署名欄
損保 太郎

記入例や保険料は
こちらをご確認ください

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。

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。

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		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)								
	氏 名													
1	ソンボ タロウ 損保 太郎		男	01	1978年9月6日	47	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input checked="" type="checkbox"/> A4	<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	<input checked="" type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4	<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	<input checked="" type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4	<input checked="" type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N1	1,000 円
4							<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N1	
5							<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4	<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、別途告知書のご提出が必要となります。

必ずご記入ください。

共済組合員 との 続柄コード	01 本人	03 子	06 同居の親族	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。	月額合計保険料	6,940 円
	02 配偶者 (異性・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			

月額合計保険料を必ず記入く
ださい。