

団体長期障害所得補償保険 企業一括型加入依頼書 (太枠部分をご記入ください)

申込日		年	月	日	加入者番号		
ご加入企業	会員会社名	フリガナ					
	代表者名	印					
	住所	フリガナ					
		〒					
	ご担当部署		ご担当者名				
	TEL		FAX				
E-mail							

◆加入タイプ (B5もしくはB)、加入口数 (1口5万円・6口限度) をご記入ください

団体名	一般社団法人 全国地質調査業協会連合会		
保険期間	令和 年 月 1日から令和6年8月1日まで	加入タイプ	タイプ
被保険者	協定書記載の通り	加入口数	口

◆年齢区別・性別別に人数をご記入ください

加入タイプ B5	男性		女性	
	年間保険料	人数	年間保険料	人数
満 15 歳～24 歳	5,377		3,738	
満 25 歳～29 歳	5,626		4,908	
満 30 歳～34 歳	6,149		6,541	
満 35 歳～39 歳	7,538		9,611	
満 40 歳～44 歳	11,391		15,352	
満 45 歳～49 歳	16,681		22,045	
満 50 歳～54 歳	23,714		29,157	
満 55 歳～59 歳	26,032		27,967	
満 60 歳～64 歳	27,448		25,739	
加入タイプ B5 算出合計保険料			円	

加入タイプ B	男性		女性	
	年間保険料	人数	年間保険料	人数
満 15 歳～24 歳	5,217		3,578	
満 25 歳～29 歳	5,387		4,669	
満 30 歳～34 歳	5,829		6,062	
満 35 歳～39 歳	6,979		8,733	
満 40 歳～44 歳	9,875		13,118	
満 45 歳～49 歳	13,170		17,097	
満 50 歳～54 歳	14,777		17,666	
満 55 歳～59 歳	15,737		16,635	
加入タイプ B 算出合計保険料			円	

※他の保険契約

会社名	
保険種類	
満期日	
保険金額	

※他の保険契約は、団体長期障害所得補償保険、所得補償保険、積立所得補償保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。