

退職金共済制度加入申込書

(申込日) 令和 年 月 日

一般財団法人 愛知県医療機関特定退職金共済会 御中

貴共済会の特定退職金制度にかかわる定款を承知のうえ、被共済者の加入資格を確認し、下記の通り加入申込みをいたします。加入にあたり、被共済者(加入者)の同意を得ており、加入と取扱い、掛金額の決定にあたっては不当に差別的な取扱いはありません。なお、掛金については全額契約者(事業主)が負担し、請求については被共済者へ直接支払うことを承知いたします。

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

契約者名 _____ 印
(事業主)

「個人情報の取扱いについて」および、特定退職金共済制度への加入について同意します。

コード

フリガナ 加入者氏名	加入者 同意印	性別	生年月日				新規の別 増額	加入口数	掛金
			年号	年	月	日			
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円
	<input type="checkbox"/>	男・女	昭・平				新・増		,000円

※ 増額の場合は、増す分だけご記入ください。

[合計欄]

人数	口数	掛金
名	口	,000円

【重要】被共済者資格の確認について

被共済者が下記①～④に該当していないことを確認しました。

- ① 共済契約者である個人若しくはこれと生計を一にする親族
② 共済契約者である法人の役員(使用人としての職務を有する役員を除く)
③ 他の特定退職金共済制度の被共済者
④ その他定款に規定する者

【重要】個人情報のお取扱いについて

本共済制度の運営にあたっては、共済会は加入対象者(被共済者)の個人情報(氏名、性別、生年月日等)(以下、個人情報)を取扱い、共済会が保険契約を締結する生命保険会社(すべての引受保険会社を含みます、以下同じ)へ提出します。

共済会は、本制度の運営において入手する個人情報を、本制度の事務手続のために使用します。生命保険会社は受領した個人情報を、各種保険契約の引受・継続・維持管理、給付金等の支払、生命保険会社の関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスの案内・提供および契約の維持管理、生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、その他、保険に関連・付随する業務のために利用し、また、共済会および他の引受保険会社に上記目的の範囲内で提供します。

なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き共済会および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。また、引受保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。