



生命保険証券診断申込書

FAXで診断

FAX
送信先

03-3288-3708

郵送で診断

〒102-8273

東京都千代田区九段南 4-8-16

UAゼンセン共済事業局 御中

●以下の情報に基づく生命保険証券診断を申し込みます。

申込日 年 月 日

申込者 氏名	フリガナ									
組合名					共済加入者番号 ※未加入者は不要です。					
TEL					FAX					
申込者の 家族構成 ※必ず、記入して ください。	本人	☐ 男性	☐ 女性	☐ 未婚	☐ 既婚	生年月日	年	月	日	(歳)
	家族 ☐ 有 ☐ 無	☐ 家族有 の場合			☐ ① 夫 ☐ 妻	生年月日	年	月	日	(歳)
					☐ ② 子ども	生年月日	年	月	日	(歳)
					☐ ② 子ども	生年月日	年	月	日	(歳)
					☐ ② 子ども	生年月日	年	月	日	(歳)
現在加入の 生命保険・ 生命共済 ※保険証券のコピー を添付してくだ さい。(両面)	加入者			会社名・商品名			保険料月額			
	☐ 本人	☐ 配偶者	☐ 子ども				円			
	☐ 本人	☐ 配偶者	☐ 子ども				円			
	☐ 本人	☐ 配偶者	☐ 子ども				円			
	☐ 本人	☐ 配偶者	☐ 子ども				円			
見直しの要望点 ※○印を付けて ください。	☐ ① 掛金を安く ☐ ② 医療保障を重点に ☐ ③ 老後保障を重点に ☐ ④ その他 ()									
診断書の送付方法	☐ FAX ☐ 郵送 を希望 (注) FAXを希望される方は、上記FAX番号を、郵送を希望される方は下記に住所を忘れずに記入してください。									
	〒 ー									
平均月収 (年間収入/12)	医療共済の休業保障特約・長期休業保障共済にご加入を希望される方のみ○印を付けてください。 ☐ 30万円以上 ☐ 22.5万円以上 ☐ 15万円以上 ☐ 9万円以上 ☐ 6万円以上									
自動車保険の 見直し	☐ 希望する ☐ 希望しない									

※個人情報の取扱:共済事業局、本申込により取得した個人情報を診断サービスにのみ利用します。

※「自動車保険の見直し」については、こくみん共済 coop と連携し、こくみん共済 coop マイカー共済をご案内いたします。