

換出型企業年金保険

明治安田生命保険相互会社 御中

私は換出型企業年金保険についてパンフレット等説明資料・契約概要・注意喚起情報等を受領し、内容を確認・承認・承知のうえ、申込内容が自らの意向に沿ったものであることを確認して、加入・変更を申込みます。また、個人情報取扱に関する取扱いについても、説明資料等の記載内容を承認し、同意いたします。また、申込日現在健康で正常に就業しています。

申込日の記入がない場合は、申込締切日を申込日として取扱います。

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

団体番号(証券番号) 5 32312610114	15 全日本教職員連盟団体総合共済会	被保険者番号 20 記入しない!	被保険者氏名 44 カタカナで! お申込み内容を確認のうえ、署名または押印してください。 漢字で署名!	63
生年月日 65 3 昭和 5 平成	66 67 68 69 70 71 年 月 日	性別 64 1 男 5 女	所属名 徳島県教職員団体連合会	コード 32 000000360 43

署名または押印してください。
押印の場合、1枚目の明治安田生命提出用、2枚目のご契約者様控ともに押印してください。
ご提出は1枚目のみで結構です。

平準払 (月払)	132 現在口数 135 72 73 74 75 令和 5 年 8 月分より	137 □ × 990 円	加入時一時払	150 □ × 10,000 円
	2 ~ 999		1 999	

月々の積立分です。
1口1,000円(事務手数料10円を含む)、2口から積立できます。

賞与時一時払	138 現在口数 141 令和 5 年 8 月分より	140 □ × 10,000 円
	1 999	

毎年2月・8月に平準払(月払)と合わせて積立できます。1口10,000円、1口から承ります。積立できない場合には“0”とご記入ください。

お申込時に一度だけ積み立てることができます。1口10,000円、1口から承ります。積立できない場合には“0”とご記入ください。

【連絡先】
全日本教職員連盟団体総合共済会
〒102-0083
東京都千代田区麹町3丁目7番地
半蔵門村山ビル6階
TEL:03(3238)0599 FAX:03(3264)3829

お申込み内容に訂正がある場合は、二重線で探消のうえ、署名(フルネーム)または訂正印を押印してください。