

申し込み日 平成 年 月 日

JASPA 共済団体旅行保険申請書

所属団体名 _____

会社名 _____

代表者名 _____ 印

旅行期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (計 日間)

行き先 _____

人数 社員 人 同伴者 人 (計 人)

共済担当者名 _____ 電話 _____

同伴者名簿 (JASPA 共済加入者以外の同伴者を記入して下さい。)

氏 名	生 年 月 日	性 別	備 考

※締め切り日は、旅行前日 10 日前です。※用紙はコピーしてお使い下さい。

保険金受取りに関する同意書

私を被保険者とする国内旅行傷害保険について、保険金受取人を

_____とすることに同意し、署名捺印します。

保険種類	保険証券番号	1口あたりの保険金額	加入口数
国内旅行傷害保険	NE49548711	傷害 死亡・後遺障害 300万円	口

符号	被保険者名	生年月日	性別	捺印
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

(2017年～2018年用)

保険金受取りに関する同意書

私を被保険者とする海外旅行傷害保険について、保険金受取人を
_____とすることに同意し、署名捺印します。

保険種類	保険証券番号	1口あたりの保険金額	加入口数
海外旅行傷害保険	NE49548727	傷害 死亡・後遺障害 300万円	口
		疾病 死亡 300万円	

符 号	被保険者名	パスポート記載のローマ字	生年月日	性別	捺 印
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					