

会員番号

## 「駆けつけ時見舞金」加入申込書兼告知書

〇〇〇〇〇会 御中

会員規約の内容を承諾のうえ、加入の申込みをします。

**DRAFT**  
 ※内容は、イメージで確定  
 ではありません！

申込年月日 20 年 月 日

会員氏名	フリガナ	性別	加入申込印
		<input type="radio"/> 男性  <input type="radio"/> 女性	会員規約の交付を受け、その内容について承諾しました。  <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 40px;">印</div>
会員住所	フリガナ		
	〒 -		
	フリガナ		
会員 連絡先	(自宅) ( ) -	会員 生年月日	昭和 平成 年 月 日
	(携帯) ( ) -		

右記に見舞金対象者および、健康状態を○で囲んでください。はいの場合は、該当欄にご記入ください。	<p>1. ご両親のどちらを対象者とされますか？ <span style="float: right;">両親共、父のみ、母のみ</span></p> <p>2. 過去に、がん（悪性新生物）にかかったことがありますか？  <span style="margin-left: 100px;">いいえ</span> <span style="margin-left: 100px;">はい</span> ⇒ <span style="float: right;">続柄（父、母、父母双方）</span></p> <p>3. 最近2年以内に病気やケガで手術を受けたり、初診から終診までが7日以上にわたる医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。  <span style="margin-left: 100px;">いいえ</span> <span style="margin-left: 100px;">はい</span> ⇒ <span style="float: right;">続柄（父、母、父母双方）</span></p> <p>※3. ではいに○とご記入いただいた病気やケガの名前・部位をご記入ください。</p> <p>( ) ( ) ( ) ⇒ 続柄（父）          ( ) ( ) ( ) ⇒ 続柄（母）</p>
---	---

会費 払込方法	年払い：6,000円（父母いずれか対象の場合） 年払い：12,000円（両親共対象の場合）  ※〇〇会へ払込みください。	父母氏名 生年月日	父：氏名（フリガナ） ( ) 生年月日： 年 月 日（満 歳） 母：氏名（フリガナ） ( ) 生年月日： 年 月 日（満 歳）
------------	---	--------------	--

会員期間	20 年 月 日 0時 より 20 年 月 日 24時 まで ※上記会員期間の開始日までに会費が払い込まれたことを条件に、駆けつけ時見舞金サービスをご利用いただけます。
------	---

備考欄		事務局使用欄