

証券(事業所)番号	
勤務所番号	
勤務所名	
被保険者番号	
被保険者氏名	

# OKI総合保障制度 健康づくりサポート 新規加入(変更)申込書

提出用

申込締切日	2021年 8月23日
効力発効日	2022年 1月 1日

◎自身の加入内容を確認したうえで、今回・・・(※いずれかにチェック) 未加入の方が加入されない場合は提出不要です。

新規加入で申し込みます。  → 申込日、お申し込み欄に記入・押印のうえご提出ください。

加入内容を変更します。(登録住所を変更する)  → 申込日の日付のみをご記入のうえご提出ください。

現在と同内容とします。  → 申込日の日付のみをご記入のうえご提出ください。

日中連絡先 (必ずご記入をお願いします)
TEL: <input type="text"/>
Mail: <input type="text"/>

<ご記入にあたって>

- 更新の場合には申込書の提出は必要ありません。太枠内は必ずご記入、押印のうえご提出ください。
- お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。

団体名	沖電気工業株式会社		
団体番号	21-09031-9	加入者区分	100
申込内容	新規加入する (登録住所を変更する(加入者が対象)) 脱退する		
勤務所名		勤務所番号	
氏名	フリガナ	性別	1 男 5 女
加入者番号			
生年月日	3 昭和 5 平成	年 月 日 生	
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tel ( )	
	フリガナ		
	都道府県	市区郡	区町村
	フリガナ		

## 現在加入

申込日	年 月 日
私は、以下事項について確認のうえ、申し込みます。	申込印兼 確認印 
■パンフレット等説明資料に記載された加入者規約を承諾しました。	
■申込内容に相違がないことを確認しました。	
■個人情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。	

### 「健康づくりサポート」について

- 「健康づくりサポート」のみの加入はできません。必ずOKI総合保障制度とセットでご加入ください。
- 「健康づくりサポート」は明治安田生命保険相互会社が提供するサービスです。(事務委託先 明治安田ライフプランセンター株式会社)
- 「健康づくりサポート」のサービス内容は変更される場合があります。
- 沖電気工業株式会社、明治安田生命保険相互会社、明治安田ライフプランセンター(株)が保有する保険契約または「健康づくりサポート」の加入有無の確認および更新手続きを目的として、3者が相互に開示することを同意のうえ、申し込みます。

# OKI総合保障制度 健康づくりサポート 新規加入(変更)申込書

申込締切日	2021年 8月23日
効力発効日	2022年 1月 1日

証券(事業所)番号	
勤務所番号	
勤務所名	
被保険者番号	
被保険者氏名	

◎自身の加入内容を確認したうえで、今回… (※いずれかにチェック) 未加入の方が加入されない場合は提出不要です。

- 新規加入で申し込みます。  加入内容を変更します。(登録住所を変更する)  現在と同内容とします。
- 申込日、お申し込み欄に記入・押印のうえご提出ください。  
 → 申込日の日付のみをご記入のうえご提出ください。

日中連絡先  
 (必ずご記入をお願いします)

TEL: \_\_\_\_\_  
 Mail: \_\_\_\_\_

<ご記入にあたって>

- ・更新の場合には申込書の提出は必要ありません。太枠内は必ずご記入、押印のうえご提出ください。
- ・お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。

団体名	沖電気工業株式会社		
団体番号	21-09031-9	加入者区分	100
申込内容	<input checked="" type="checkbox"/> 新規加入する <input type="checkbox"/> 登録住所を変更する(加入者が対象) <input type="checkbox"/> 脱退する		
勤務所名		勤務所番号	
氏名	フリガナ	性別	1 男 5 女
生年月日	3 昭和    5 平成	年 月 日 生	加入者番号
住所	〒 □□□ - □□□□	Tel ( )	
	フリガナ	都道府県	市区町村
	フリガナ		

現在加入

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、以下事項について確認のうえ、申し込みます。

- パンフレット等説明資料に記載された加入者規約を承諾しました。
- 申込内容に相違がないことを確認しました。
- 個人情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。

申込印兼確認印

印

## 「健康づくりサポート」について

- 「健康づくりサポート」のみの加入はできません。必ずOKI総合保障制度とセットでご加入ください。
- 「健康づくりサポート」は明治安田生命保険相互会社が提供するサービスです。(事務委託先 明治安田ライフプランセンター株式会社)
- 「健康づくりサポート」のサービス内容は変更される場合があります。
- 沖電気工業株式会社、明治安田生命保険相互会社、明治安田ライフプランセンター(株)が保有する保険契約または「健康づくりサポート」の加入有無の確認および更新手続きを目的として、3者が相互に開示することを同意のうえ、申し込みます。