

「卒業見守り共済」加入申込書

ご提出用

立命館大学父母教育後援会 御中

本会の趣旨に賛同し、下記のとおり「卒業見守り共済」への加入を申し込みます。

「卒業見守り共済」の加入に際し、共済金規程の内容を確認し、下記の「個人情報の取り扱いに関するご案内」の内容を承認いたします。

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------------|--------------|--------------|------|--------------------|---|---|---|-----|--|
| 申込日 | 西暦 年 月 日 | 太枠内にご記入ください。 | | | 契約番号 | | | | | |
| 共済契約者 (被共済者) | フリガナ (自署) | 性別 | 1.男性 2.女性 | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | (歳) | |
| | フリガナ | 〒 ー 都道府県 | | | | | | | | |
| | 日中ご連絡が取れる電話番号 | | | | メールアドレス | | | | | |
| 学生名等 | フリガナ | 学生証番号 | 学部・学科 | 回生 | 卒業見込年 | | | | | |
| | | | | | 西暦 年(※) 3月末・9月末 | | | | | |

(※) 卒業見込年記入例) 2025年4月入学で4回生までの加入の場合:西暦2029年3月末

薬学科(6年制)の記入例) 2025年4月入学で6回生までの加入の場合:西暦2031年3月末

大学院進学を予定されている場合は、学部卒業年度に再度お申し込みいただけます。

被共済者の健康状態に関する質問表

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ①現在病気やケガにより仕事を休んでいるまたは日常生活に支障がありますか? | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| ②過去三年以内にがん、心疾患(心臓疾患)、脳卒中、糖尿病で診断を受けたことがありますか? | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| ③過去三年以内に高血圧性疾患と医師により診断され、投薬等による治療を受けているか、または治療の必要性があると指摘されていますか? | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |

いずれかのご回答に「はい」がある場合は、ご加入いただけません。

個人情報の取り扱いに関するご案内

本会では、個人情報保護に関する方針を下記のとおり定め、お預かりした個人情報を適正に利用・管理するとともに、正確性・機密性の保持に努めます。

1.情報の収集・利用目的

取得した個人情報は、共済契約の引受・管理、共済金の支払などの目的のために利用されます。

2.個人データの第三者への提供

本会は、次の場合を除き、本人の同意なく個人情報を第三者に提供することはありません。

- ・法令に基づく場合
- ・本会の業務遂行上必要な範囲で、業務委託先に提供する場合

3.個人情報の管理

本会は、個人情報を正確かつ最新なものにするために、業務上必要な範囲内で適切な措置を講じます。また、個人情報の漏洩、改ざん、滅失、き損、不正なアクセス等の防止その他個人情報の安全管理のために必要かつ適切と考えられる対策を講じます。

4.個人情報に関する事項の通知、開示・訂正・利用停止等

本会が保有する個人情報に関する事項の通知、開示・訂正・利用停止等のご請求については、ご請求者が本人または正当な代理人であることを確認させていただいたうえで、適切に対応します。

5.個人情報取扱いに関する継続的改善

本会は、個人情報の取扱いに関して利用目的の変更、安全性向上、関連法令等の改訂に応じて定期的にこれを見直し、継続的改善に努めます。

共済掛金等について

月々800円×共済期間(月数)

※ご加入時点における卒業予定年度(3月)までの期間分を一括してお支払いいただきます。

※共済期間は、申込書を受領した月の翌々月1日から開始します。

共済掛金の払込票は、申込書受領月の翌月にご送付しますので、お手元に届きましたら速やかにお支払いください。

※共済掛金の払込期日は、申込書受領月の翌々月末日となります。

(払込期日までに払い込まれない場合は、申込みは無効とさせていただきます。)

卒業予定年について

| 入学年 | 卒業見込年 | |
|-------|-------|----------|
| | 4年制学部 | 薬学科(6年制) |
| 2020年 | — | 2026年 |
| 2021年 | — | 2027年 |
| 2022年 | 2026年 | 2028年 |
| 2023年 | 2027年 | 2029年 |
| 2024年 | 2028年 | 2030年 |
| 2025年 | 2029年 | 2031年 |

各卒業見込年の3月末が共済期間の終了日となります。年度ではございませんのでご注意ください。

<留意事項>

- ご加入にあたって告知していただいた内容が事実と異なる場合には、共済金をお支払いできない場合があります。
- お申込みの承認、登録後に加入者証をお送りいたします。加入者証がお手元に届きましたら、大切に保管してください。
- 共済金請求時には、症状等の確認のため「日本の病院」が発行した診断書や死亡届、死亡診断書が必要です。

本会使用欄

本会受付欄