

新採用正規教職員限定

# 横浜市立学校教職員互助会 『生活年金共済』のご案内



今加入すると

**令和6年度新採用正規教職員の方のみ限定！**

100万円コースの保険料相当額を互助会が  
1年間**全額負担**します！

パンフレットは  
こちらから↓



実質自己負担額なしで加入できますので、  
是非この機会に申込みを検討願います。



## 『生活年金共済とは…』

互助会では会員※の福利厚生事業として『生活年金共済』を運営しています。この事業は、会員※の皆様からお預かりする保険料を財源として、万一（死亡・高度障害）の際に会員本人とその家族に保険金をお支払いする相互扶助の制度です。

※横浜市立学校教職員互助会の会員（ただし、育児休業代替任期付職員及び臨時的任用職員を除く）

## 提出方法

申込書に必要事項を記入し、押印後、返信用封筒に入れて学校メール便で互助会へ提出してください。

## 締切日

令和6年5月10日(金)

## 責任開始期

令和6年8月1日(木)

## お問い合わせ

☎TEL:045-253-3431

【引受会社】 明治安田生命保険相互会社 公法人第四部 法人営業第一部（事務幹事）  
受付時間 10:00～17:00（土日祝日を除く）

記入例は裏面へ

制度内容等詳細についてはパンフレットをご一読ください。

横浜市立学校教職員互助会 TEL : 045-305-6800

# ～申込書記入例～

ご記入にあたりご確認ください



明治安田生命保険相互会社 御中

保険会社提出用 **S1**

## 加入申込書兼告知書

団体定期保険

効力発効日 (加入・増額日)	2024年8月1日	団体名	横浜市立学校教職員互助会	
申込締切日	2024年5月10日	証券(申込所)番号	補助コード	所属コード
		21252820		
勤務所名	被保険者番号	A10		

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。

被保険者区分	被保険者番号	被保険者氏名 (カタカナでご記入ください)	性別	生年月日 (該当箇所を○で囲んでください)	現在加入	申込		死亡保険金受取人欄		役退	確認印 兼 申込印 告知印
						金額	円	区	分		
本人	1 100	②	1 男	3 昭 5 平	万円	③	万円	2 100	新規加入	④	印
配偶者	1 200		5 女	年 月 日	万円		万円	2 200	変更		⑥

新規加入・内容変更・脱退等する場合、必ず記入・押印ください。

申込日(告知日) 西暦 ⑤ 年 月 日

必ず裏面の告知内容をご確認のうえ、お申し込みください。

①勤務所名:学校名、被保険者番号:職員番号を記入してください。

②被保険者氏名(カタカナ)・性別・生年月日を記入してください。

③ご加入される保険金額を記入してください。

※保険料の全額補助を希望の方は100万円コースとなりますので100とご記入ください。

④死亡保険金受取人コードを指定してください。

### ●受取人コードの意味

1:配偶者、2:子、3:父母、5:兄弟姉妹、7:法定相続人

9:個人指定(カタカナで氏名を記入)

・死亡保険金受取人は、配偶者および2親等以内の血族(子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹)のなかからご指定をお願いします。

⑤申込日(告知日)を記入してください。

⑥「確認印」兼「申込印」兼「告知印」を押印してください

**※確実な意思確認のため、たいへんお手数ですが加入の有無に関わらずできるだけ加入申込書の提出をお願いいたします。**

