

※現在と「同じ口数でご継続」の方は、ご提出は不要です。

裏面の告知事項に
ご回答ください。

質問にご回答ください。

生年月日、
性別に○

生命保険の記入は不要です。
他の所得補償保険にご加入
の場合のみご記入ください。

ご希望の口数

銀行届出印を忘れずに
ご捺印ください。

[illegible]

お申込日

ご署名ください

※ゆうちょ銀行からの口座振替をご希望の方は、
下記取扱代理店までご連絡ください。
RMS株式会社 TEL0120-676-877

◆保険開始日は2025年7月1日。初回保険料振替日は2025年6月27日より開始。

◆お申込みは、大阪本社コクヨ共済会事務局へご提出いただくか、または、同封のRMS株式会社宛「団体給与サポート保険」専用の返信封筒でご返送ください。

◆加入依頼書のご記入は油性ペン(消えない筆記具)をご利用ください。

◆お書き間違いの際は、二重線で訂正 のうえ、訂正箇所には訂正印をお願いします。
(印鑑をお持ちでない場合は訂正箇所にご署名ください)
なお、修正液、修正テープはご利用いただけません。

◆銀行届出印鑑について
枠内に鮮明にご捺印ください。
右記の場合は受付できない場合がありますので、
再度、印鑑同士が重ならないように押し直しお願い
いたします。

◆配偶者特別加入の方は配偶者の方の健康保険証のコピーを添付してください。
※配偶者特別加入：コクヨグループ以外で勤務されている配偶者の方もご加入いただけます。

お届出印鑑

お届出印鑑は枠内に鮮明にご捺印ください。
以下の場合は受付できませんので、改めて新しい用紙で
お申込みください。



※現在と「同じ口数でご継続」の方は、ご提出は不要です。

②増口・減口希望者用

※増口の場合はこちら

ココヨ共済会
ココヨ共済会「団体給与サポート保険」

住所、電話番号をご確認ください。

生年月日記入
性別に○

継続しない方、ご署名ください

変更後の口数をご記入ください。
現在2口加入で1口増やす場合は
3とご記入ください。

口座を要する場合はのみ
ご記入ご捺印ください。

お申込日
202X.X.X

ご署名ください。

生命保険の記入は不要です。
他の所得補償保険にご加入
の場合のみご記入ください。

ココヨ共済会
ココヨ共済会「団体給与サポート保険」

お申込日
202X.X.X

ご署名ください。

生命保険の記入は不要です。
他の所得補償保険にご加入
の場合のみご記入ください。

※減口の場合はこちら

裏面の申込日を記入、
ご署名ください。

ココヨ共済会
ココヨ共済会「団体給与サポート保険」

お申込日
202X.X.X

ご署名ください。

生命保険の記入は不要です。
他の所得補償保険にご加入
の場合のみご記入ください。

③解約希望者用

裏面のご記入は不要です

ココヨ共済会
ココヨ共済会「団体給与サポート保険」

お申込日
202X.X.X

ご署名ください。

生命保険の記入は不要です。
他の所得補償保険にご加入
の場合のみご記入ください。