保険・共済等「保障見直し診断申込書」

※【「保障見直し診断」のご案内】を確認の上ご記入ください。　※（　）内に選択肢のある項目については該当するものを○で囲んでください。
※所属組合ごとの申込者情報をマックスと所属組合で共有させていただきます。なお、本申込みにより取得した個人情報は、
マックスへの連絡や診断結果の受領など、本診断に関連することにのみ利用します。

●相談者　フリガナ　　申込日　　年　　月　　日
お名前
年齢　　歳　性別　（ 男・女 ）
生年月日（西暦）　　年　　月　　日　日中の連絡先　（ 電話（ 会社・自宅・携帯 ）・メール ）
電話番号　　E-mail

●住所　都道府県　　市区町村郡
持ち家　（ 有・無 ）　→　「有」の場合、団体信用生命保険へのご加入は　（ 有・無 ）

●配偶者　配偶者　（ 有・無 ）　年齢　　歳　生年月日（西暦）　　年　　月　　日
電機連合の組合員ですか？　（ はい・いいえ ）　就労状況　（ 有・無 ）　雇用形態
収入割合　本人：配偶者＝　　：

●子供　（ 有・無 ）　第1子　　歳　第2子　　歳　第3子　　歳　第4子　　歳　第5子　　歳

●その他扶養者　（ 無 ・ 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 ・ その他 ）

●ご希望の回答方法　（ メール ・ 郵送 ・ 対面面談 ・ WEB面談 ）

現在加入の保険・共済
団体生命・団体医療・生命・医療・傷害・グループ・個人年金保険など　※火災・自動車保険(共済)は見直し診断対象外

加入者	加入日（西暦）	見直しする保険･共済の会社名と商品名	保険料(掛金)月額
	年　月　日		円
	年　月　日		円
	年　月　日		円
	年　月　日		円
	年　月　日		円
	年　月　日		円
	年　月　日		円
	年　月　日		円
		保険料(掛金)総額	円

保障見直し診断に際してのご要望点　（○印をつけてください。複数可）
掛金を安く　・　医療保障を重点に　・　生命保障を重点に　・　老後保障を重点に　・　その他

【備考欄】その他ご要望等ございましたらご記入ください。

正確な診断をするために、見直しする保険･共済の詳細内容がわかる
「保険証券(共済証書)」「ご契約内容のお知らせ等」更新時の「提案書」などのコピーを一式
メールまたは郵送（PDF・スマートフォンで撮影した写真データ※も可）にて必ずご提出ください。
※「保障の見直し」に関する書類のみを鮮明に撮影してください。

個人情報につき取扱い注意　※FAX使用不可

＜組合記入欄＞

組合名	
支部名	
共済担当者名	
組合TEL	
担当者E-mail	

①貴労組や会社で加入できる共済(保険)　（ 有・無 ）
②こくみん共済coopの団体生命共済の取り組み　（ 有・無 ）
※①②が「有」の場合、保障額と保険料（掛金）が分かる
該当資料をマックスにご提供ください。
※東京地協・千葉地協加盟組合はコンポーズサービスへ

＜マックス記入欄＞

対応者	連携方法･日時	組合連絡日			受付印
	メール･電話･郵送	受付日	完了日	発送日	
	月　日	月　日	月　日	月　日	

電機連合福祉共済センター・総合代理店
㈱マックス
〒108-8326
東京都港区三田1-10-3電機連合会館3F
TEL：03-3454-2716
E-mail:macs@jeiu.or.jp
(2021.10)