

JP労組 休職時収入サポートーGLTDー(団体長期障害所得補償保険) 加入希望・資料請求シート

加入希望・資料のご請求は、本紙に必要事項をご記入のうえ、取扱代理店(株)郵愛まで、FAX(0120-779-783) または同封の返信用封筒でご郵送ください。

ご記入いただきました情報をもとに、住所(カタカナ)・生年月日・年令・性別・ご希望のタイプを印刷した「GLTD 加入申込票 兼 健康状況告知書」をお送りいたします。

請求シートが郵愛に到着してから発送までに1週間から10日ほどかかりますので、お早めにご請求ください。

申込 人情 報	ご請求日	2021年	月	日	地方本部名										
	ご氏名	フリガナ													
		漢字													
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男	・	女						
	ご自宅 住所	カタカナ													
		〒	—												
	連絡先	ご自宅電話番号						携帯番号							
勤務先	会社						勤務先電話番号								
	郵便局・支店														

★ご希望のタイプを選んでください。

Aタイプ(5万円コース)		Bタイプ(10万円コース)	
男性	女性	男性	女性
3A	4A	3B	4B

郵愛使用欄	
NET番号	
所属コード	
登録番号	

- ご記入いただいた内容をもとにGLTDー休職時収入サポートーのお見積りやその他の商品・サービスのご案内をさせていただきます。
- この保険にご加入いただけるのは、日本郵政グループの正社員で日本郵政グループ労働組合が加入を認める方および日本郵政グループ労働組合の役職員に限ります。
- Bタイプは、年収300万円以上の方のみご加入いただけます。源泉徴収票の「支払金額」をご確認ください。