

# 保障に関する相談(保障見直し)申込書

■本申込書で取得する個人情報の取り扱いについて、下記内容に同意のうえ、お送りください。

- 事業者の名称：株式会社Dパートナー
- 管理者の職名、連絡先  
社長執行役員 中澤 清孝 / 連絡先：03-4330-0729
- 個人情報の利用目的  
・本申込書に関する対応
- 個人情報の委託  
・上記3の利用目的の範囲で、個人情報を社外へ委託する場合があります。
- 本申込書で取得する個人情報に関する開示等（利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加・削除、利用の停止または消去、第三者への提供の停止）及び第三者提供記録の開示等のご請求は、下記窓口でお受けします。  
〒100-0011 東京都千代田区内幸町1丁目3番1号 幸ビルディング6階  
<https://jeiu-dpart.co.jp/contact/>
- 各項目の記入は、本人の任意によるものです。必要な項目に記入いただけない場合3の利用目的に沿ったサービス等を適切に提供できない場合があります。
- 本申込書は個人情報を含みます。  
送付の際は、社内規定に基づいた安全な方法をご利用ください。

＜申込みの流れ＞ ※回答までに10営業日ほどお時間を頂戴します。予めご了承ください。

相談者

・保障に関する相談申込書(本紙)を記入し、組合窓口へご提出ください。  
(現在加入の保障の見直しをご希望の方は、保障内容がわかる書類もご提出ください。)

組合

・相談者から預かった書類をDパートナー宛にご送付ください。  
(メール: [dpart-kyosai@jeiu.or.jp](mailto:dpart-kyosai@jeiu.or.jp)または、郵送でお願いします。※FAXの使用は不可)

Dパートナー

・面談をご希望の場合には、事前に日程等のお打合せをさせていただきます。

## 相談者記入欄

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(1)相談者

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 性別 ( 男 ・ 女 )

主たる生計者ですか ( はい ・ いいえ ) お住まいの都道府県 \_\_\_\_\_

(2)配偶者

( 有 ・ 無 ) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

配偶者は電機連合加盟組織の組合員ですか。 ( はい ・ いいえ )

(3)子供

( 有 ・ 無 ) \_\_\_\_\_ 人数 \_\_\_\_\_ 名 ( \_\_\_\_\_ 歳 ・ \_\_\_\_\_ 歳 ・ \_\_\_\_\_ 歳 ・ \_\_\_\_\_ 歳)

⇒5名以上の場合には、年齢を下記【備考欄】にご記入ください。

(4)保障に関する相談内容について(✓を入れてください。)

電機共済を中心としたおすすめプラン作成

現在加入の保険(共済)の分析、おすすめプラン作成

⇒裏面 ★現在加入の保険・共済のご記入と★必要書類をご提出ください。

※保険(共済)の分析は主に民間の保険に加入されている方を対象に行っております。

その他 ( \_\_\_\_\_ )

(5)保障を考える際でのご要望点(✓を入れてください。複数回答可)

保険料(掛金)を安く  生命保障(死亡・重度障がい)を重点に保障内容の充実

医療保障を重点に保障内容の充実  老後保障を重点に保障内容の充実

その他 ( \_\_\_\_\_ )

(6)ご希望回答方法(いずれか1つに✓を入れてください。)

対面面談

WEB面談

メール回答のみ(簡易おすすめプラン等のお渡しとなります)

【※面談(対面・WEB)を実施する際は、可能な範囲で組合ご担当者様の同席をお願いしています。】

【備考欄】 その他ご要望等ございましたらご記入ください。

裏面へ

★現在加入の保険・共済 ※火災・自動車保険(共済)は見直し対象外です

加入者	加入日					現在加入の保険・共済の会社名と商品名	保険料(掛金)		
	年	月	日	時	分		円	月	
例 本人	2024	年	4	月	1	日	〇△□生命 ×〇保険 ◎◇型	12,000	円/月
		年		月		日			円/月
		年		月		日			円/月
		年		月		日			円/月
		年		月		日			円/月
		年		月		日			円/月
		年		月		日			円/月
		年		月		日			円/月
		年		月		日			円/月

★必要書類

- ご加入中の保障内容がわかる資料一式  
現在ご加入の保険・共済の「保険(共済)証券」や「ご契約内容のお知らせ」、更新時の「提案書」などをお送りください。  
※コピーやPDFデータ、スマートフォンで撮影した写真データ等でも可



個人情報につき取扱注意 ※FAX使用不可

組合ご担当者様へのお願い

- 相談者からお預かりした書類をDパートナーまで郵送またはメールでお送りください。
- 下記の②または③が[有]の場合、保障額と保険料(掛金)がわかる書類(各種共済制度のパンフレット等)や概要・加入内容記載の資料を(1)と共にお送りください。
- 保障の見直し相談を含む共済推進は労働組合が主体となって行う活動であり、相談対応後の組合員へのフォローも必要なことから面談(対面・WEB)実施時は、組合ご担当者様の同席をお願いいたします。

組合記入欄

①	組合名		支部名	
	担当者名		組合TEL	
	担当者E-mail			

- 一律加入制度の取り組み有無(こくみん共済 coop 団体生命共済等) ( 有 ・ 無 )
- 労働組合と会社が取組んでいる、または推奨する各種共済制度の有無 ( 有 ・ 無 )
- 労働組合と会社で同様の制度があり  
ファミリーサポート共済を推奨していない場合には✓を入れてください

連絡先

電機連合福祉共済センター代理店 (株)Dパートナー 共済事業部共済推進部  
〒100-0011  
東京都千代田区内幸町1丁目3-1 幸ビルディング6F  
TEL: 03(4330)0729(代表) E-mail: dpart-kyosai@jeiu.or.jp