加入申込書記入例

受付日	年	月	日	22.9
組合員番号		加入者番号		

私は、貴組合の共済事……各記載事項が事実に相……解約（解約日はこの申込……なること……済契約……せて申……共済者の同意を得て、この申込書の「告知事項」への回答など……、傷害共済に加入している場合や更改する場合は、その契約の……ある場合は、当該事項について訂正しても異議ありません。

記入日を必ず書いてください。

「重要事項説明書」を了承していただいたうえ、必ず契約者ご本人がご記入ください。

神戸市民生活協同組合　御中

記入日　〇〇 年　△△ 月　□□ 日　今回の申込みは　[✓ 1. 新 規]　2. 変 更

※記入日など必要事項をもれなく正確にご記入ください。
※加入申込書の記入後は速やかに投函してください。

契約者 自署	「重要事項説明書」の記載事項を了承し、以下の内容で契約を申し込みます。 フリガナ　セイキョウ　タロウ 氏　生協　名　太郎
ご住所	〒（650 － 0032）（マンション名、号棟、号室もご記入ください。） 神戸市中央区伊藤町111番地
生年月日	大正　[✓ 昭和]　平成　55 年　9 月　1 日
性別	[✓ 男]　女
電話番号	自 宅（078）123 － 1234 自宅以外（090）1234 － 1234

ご加入者（被共済者）氏名	契約者との続柄	生 年 月 日	性別	基本コース	特 約	告知欄
フリガナ　セイキョウ　タロウ 氏　生協　名　太郎	[✓ 0 本人]　1 配偶者 2 子　3 親 4 兄弟姉妹	[✓ 昭和]　平成　令和 55 年 9 月 1 日	[✓ 男] 女	[✓ 2000円] 3000円	[✓ ガン特約] 女性特約 通院特約	1　2 3　4 5
フリガナ　セイキョウ　ハナコ 氏　生協　名　花子	0 本人　[✓ 1 配偶者] 2 子　3 親 4 兄弟姉妹	[✓ 昭和]　平成　令和 56 年 10 月 2 日	男 [✓ 女]	[✓ 2000円] 3000円	ガン特約 [✓ 女性特約] 通院特約	[✓ 1]　2 3　4 5
フリガナ 氏　名	0 本人　1 配偶者 ……	昭和　平成　令和 年 月 日	男 女	3000円	通院特約	5

いずれかを選択し、○をしてください。

該当する告知事項にマルをしてください。

掛金の払込方法（右記のいずれかに○をしてください。）　[✓ ① 自動口座振替]　② クレジットカード払

※②クレジットカード払を選択された方は右記の口座振替依頼書へのご記入は不要です。
後日お送りするクレジットカード決済申込書をご記入のうえ、ご返送ください。

下記「告知事項」をお読みになりご回答ください。

告知事項　告知事項に該当される方は加入できません。……は、告知に該当されて……○をつけてください。……告知事項とします。また、……ランにコース変更される方……ガン特約を附帯される方……以下、この項において同……、医師から治療や検査を……としている。……入院治療または同じ病気……る入院を除きます）

訂正箇所は二重線で消して訂正してください。
訂正は契約者名の「訂正印」または
「フルネームの署名」が必要です。
修正液・修正テープは使用できません。

訂正例❶	訂正例❷
訂正印による訂正	署名による訂正
~~2000円~~ 生協	~~2000円~~ 生協太郎

◆告知事項に掲げる文言のうち、次に掲げる文言によっては以下のように解釈す……
（1）投薬とは、医師の処方箋により処方された薬を服用している、もしくは通院、入院の際に……る状態または柔道整復師による施術を受けられている状態で、完治と告知されていな……ても加入ができるものとします。ただし、別に定める疾病であっても、現在入院中、または……
※別に定める疾病とは、「重要事項説明書」と同ページの「軽度の病気および状態」に掲……
（2）検査中とは、医師の指導の下で受けているすべての検査を指し、結果の出ていない状態……
（3）医師から治療をすすめられているとは、医師から病気やケガのために治療や検査をする……

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書（㊗㊕）

下記金融機関御中

※お届け印はハッキリと押してくださ……

フリガナを必ずご記入ください。

必ず金融機関へのお届け印（通帳印）をはっきりとご捺印ください。

口座名義人	フリガナ　セイキョウ　タロウ 生協　太郎	お届け印 生協

押し直すときは印鑑と印鑑が重ならないようにしてください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関	〇〇〇　[✓ 銀行]　信組　労金　信金　農協　三宮　本店　[✓ 支店]　出張所　御中　支店コード
○で囲む	[✓ 1.普通（総合）]　2.当座　口座番号　1 2 3 4 5 6 7

ゆうちょ銀行以外の金融機関、またはゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

訂正された場合はお届け印をご捺印ください。振替日、払込日：27日（休業日の場合は翌営業日）

ゆうちょ銀行	種目コード	契約種別コード	通帳記号	通帳番号（右からつめてご記入ください）
	1 6 6	3 0	1　0 の	

払込先口座番号	01140-9-52404	払込先加入者名	神戸市民生活協同組合

ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込規定が適用されます。

収納代行会社名：SMBCファイナンスサービス（株）
収納先名称：神戸市民生活協同組合　収納先番号：301510

金融機……
口座振替依頼書（自動払込……
該当箇所に○印をつけ、下記……
〒105-8625 東京都港区新橋1丁目8番4号
SMBC新橋ビル　TEL 050-3831-7221
SMBCファイナンスサービス株式会社決済ビジネス業務セン……
ゆうちょ銀行扱い
〒650-0032 神戸市中央区伊藤町111番地……

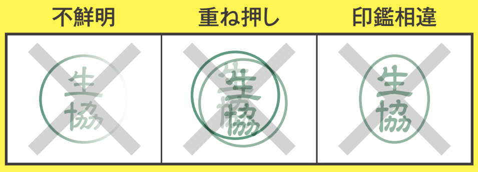
必ずお届け印と同じ印鑑をご捺印ください。

捨 印　生協
お届け印と同じ印
（ゆうちょ銀行は除く）

取 扱 店 日 附 印

ご注意点

●下図の「印鑑不鮮明」「重ね押し」「印鑑違い」等に該当される場合は、お手数ですが印鑑が重ならないよう再度ご捺印ください。


不鮮明
重ね押し
印鑑相違

●ご訂正される場合は、必ず二重線を引かれたうえ、訂正印をご捺印ください。その際、訂正印は必ず通帳印（届出印）と同じ印鑑をご使用ください。（他の印鑑では訂正印となりませんのでご注意ください）

■訂正例

口座名義人	フリガナ　セ イ キ ョ ウ　タ ロ ウ 生協　~~花子~~ 生協 太郎	お届け印 生協

●修正液、修正テープ、紙貼り等は使用しないでください。
●鉛筆でのご記入はしないでください。　●消えるペンでのご記入はしないでください。　●なぞり書き、重ね書きはしないでください。
●通帳届出印以外の印鑑を誤ってご捺印されるケースが増えております。十分にご確認のうえご捺印くださいますよう、よろしくお願いいたします。

〈谷折り〉－切り取らないでください

告知事項回答書兼同意書

※本回答書兼同意書は、特別条件付加入制度および特定の疾……答ください。

下記は記入見本例です。
ご自身の症状をご確認のうえ、記載ください。

告知事項に該当がない場合は上半分の「加入申込書」のみ記載ください。

書……払……共済者とともに……に同意します。

回答日
令和 〇〇 年 △△ 月 □□ 日

組合使用欄			
組合員番号		加入者番号	

契約者名	ご加入者（被共済者）氏名
上記記載事項を了承し、以下の内容で契約を申し込みます。	
自署　フリガナ　セイキョウ　タロウ 氏　生協　名　太郎	フリガナ　セイキョウ　ハナコ 氏　生協　名　花子

特別条件付加入制度または特定の疾病加入制度のご利用に際し、下記の質問にご回答ください。

ご利用に際しての質問

（1）上記「加入申込書」に掲げる告知事項のうち、(1)-(a)(b)、(2)-(a)(b)、(4)-(a)(b)に該当する項目がありますか？

[✓ は い]　いいえ

※（いいえ）に該当する方は、特別条件付加入制度および特定の疾病加入制度をご利用いただけません。

（2）ご加入者（被共済者）の傷病（状態）についてご回答ください。
ご加入者（被共済者）の傷病（状態）は何番に該当されますか。番号をご記入ください。
※罹患している病気が複数ある場合についてはそのすべてをご回答ください。
①鼠径（そけい）ヘルニア ②痔、痔核 ③虫垂炎 ④白内障 ⑤緑内障 ⑥中耳炎 ⑦下肢の静脈瘤
⑧喘息（ぜんそく） ⑨前立腺肥大（症） ⑩股関節症（股関節部の関節症） ⑪膝関節症（膝の関節症）
⑫子宮筋腫　⑬妊娠・分娩に伴う異常および産褥（さんじょく）の合併症
⑭妊娠中である ⑮高血圧（症）（本態性高血圧（症）、原発性高血圧（症）、一次性高血圧（症））
※①～⑮以外の傷病（状態）に該当する方は、「入院充実プラン」にご加入いただけません。

傷病番号が該当する方のみ、ご回答ください。

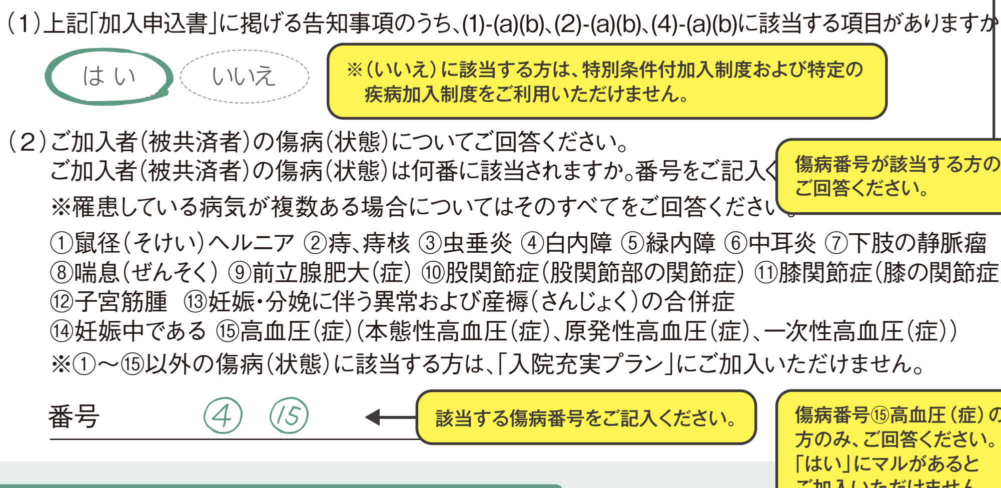
番号　④　⑮

該当する傷病番号をご記入ください。

傷病番号⑮高血圧（症）の方のみ、ご回答ください。「はい」にマルがあるとご加入いただけません。

共済加入申込書の送り方

▨ のりしろです。



① 加入申込書をきりとり、のりしろにのりを付けます。 → ② 半分に折ります。 → ③ のりしろにのりを付けます。 → ④ 折り返します。 → ⑤ さらに折り返し、封筒の形にしてポストにご投函ください。

①～⑭のいずれかに該当する方 ……………… 下記の **1** のみにご回答ください。
①～⑭のいずれかおよび⑮に該当する方 …… 下記の **1** **2** の両方にご回答ください。
⑮のみに該当する方 ……………………… 下記の **2** のみにご回答ください。

1 特別条件付加入制度附帯についての追加告知事項および同意内容

（1）申込日において、「ご利用に際しての質問」（2）で回答いただいた①～⑮までの傷病を除き、告知事項に該当する項目がありますか。
注1）（はい）に該当する方は、「入院充実プラン」にはご加入いただけません。
注2）⑮の傷病のみに該当する方は、「2 特定の疾病加入制度附帯についての追加告知事項」のみにご回答ください。
は い　[✓ いいえ]

（2）医療共済「入院充実プラン」ご加入に際し、共済金お支払いにあたり以下の条件が付されます。下記の内容にすべて同意いただいた場合のみ、特別条件付加入制度をご利用いただけます。「ご利用に際しての質問」（2）で回答いただいた傷病について、その傷病あるいはその傷病と因果関係のある一連の傷病により発生した共済事故については、申込日から3年以内に開始する入院、手術、通院、死亡（重度障害を含みます）による下記の共済金※は支払われません。

※免責とする共済金　病気入院共済金、高齢者疾病入院共済金、ガン入院共済金、女性特有疾病入院共済金、ガン在宅療養共済金、女性特有疾病在宅療養共済金、新生物診断確定共済金、ガン通院共済金、入院（1日入院以上）一時金、入院手術共済金、通院手術共済金、女性特定手術共済金、病気死亡（重度障害）共済金、高齢者死亡共済金、ガン死亡共済金、五大疾病死亡共済金
[✓ 同意する]　同意しない

（3）「ご利用に際しての質問」（2）で回答いただいた傷病が④白内障、⑤緑内障の方のみご回答ください。
申込日から3年以内に開始する白内障および緑内障の治療については共済金が支払われません。
※白内障、緑内障については、それぞれの疾病を別に考えず、一括して考えるものとします。
[✓ 同意する]　同意しない

（4）「ご利用に際しての質問」（2）で回答いただいた傷病が⑩股関節症［股関節部の関節症］⑪膝関節症［膝の関節症］の方のみご回答ください。
罹患している関節症の部位が股または膝のいずれか一方であったとしても、申込日から3年以内に開始する股関節症［股関節部の関節症］および膝関節症［膝の関節症］の治療については共済金が支払われません。
同意する　同意しない

（5）「ご利用に際しての質問」（2）で回答いただいた傷病が⑫子宮筋腫の方のみご回答ください。申込日から3年以内に開始する子宮または子宮付属器※の治療については共済金が支払われません。
※子宮付属器とは子宮に付属している卵巣と卵管をいいます。
同意する　同意しない

※上記（1）に該当される方、(2)～(5)に同意いただけない場合は、特別条件付加入制度をご利用いただけません。

2 特定の疾病加入制度附帯についての追加告知事項

（1）申込日において、被共済者は高血圧（症）（本態性高血圧（症）、原発性高血圧（症）、一次性高血圧（症））以外で告知事項に該当する項目がありますか？
※高血圧の原因となる病気「肺高血圧」「妊娠高血圧症候群」などの方、高血圧性心疾患、高血圧性腎疾患、高血圧性心腎疾患、二次性〈続発性〉高血圧（症）の方は加入できません。
は い　[✓ いいえ]

（2）（1）の原因となる病気がありますか？
は い　[✓ いいえ]

（3）過去5年間に下記による病気で入院、手術、治療を受けられていますか？
①脳血管障害（脳虚血発作、硬膜下血腫、高血圧性脳症、脳動脈硬化症など）
②腎臓の病気（腎不全、蛋白尿、腎硬化症など）
③心臓の病気（心肥大、冠動脈再建術後など）
④血管の病気（冠動脈硬化、動脈解離など）
は い　[✓ いいえ]

※上記（1）～（3）に該当する方は、特定の疾病加入制度をご利用いただけません。

（4）過去1年以内に計測した本態性高血圧（症）、原発性高血圧（症）、一次性高血圧（症）の最新かつ服薬後の値をご記入ください。
測定時期　〇〇〇〇 年 △△ 月 □□ 日
収縮期血圧（最大血圧）〇〇〇 mmHg　拡張期血圧（最小血圧）〇〇 mmHg

高血圧（症）の方は必ず測定値をご記入ください。