

加入申込書記入例

受付日 年 月 日		23.1						
組合員番号	加入者番号							
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 ○○年 △△月 □□日	今回の申込みは <input checked="" type="radio"/> 1.新規 <input type="radio"/> 2.変更							
※記入日など必要事項をも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。								
「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。ご住所 〒(650 - 0032) (マンション名、号棟、号室もご記入ください。)								
自署フリガナ	セイキョウ	タロウ						
氏名	生協	太郎						
生年月日	昭和 平成	35年 9月 1日						
性別	男 女	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 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	0 本人 1 配偶者	昭和 平成 令和	男	1500円	ガン特約	1 2
氏名	生協	太郎	2 子 3 親		女	2500円	女性特約	3 4
			4 兄弟姉妹			3500円	通院特約	5
						4500円		
フリガナ	セイキョウ	ハナコ	0 本人 1 配偶者	昭和 平成 令和	男	1500円	ガン特約	1 2
氏名	生協	花子	2 子 3 親		女	2500円	女性特約	3 4
			4 兄弟姉妹			3500円	通院特約	5
						4500円		
						3500円		
						4500円		
掛金の払込方法(右記のいずれかに○をしてください。)			<input checked="" type="radio"/> 1 自動口座振替	<input type="radio"/> 2 クレジットカード払	下記「告知事項」をお読みになりご回答ください。			
※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。後日お取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。								

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収 加) 金融機関用

※お届け印はハッキリと押しつけてください。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。

フリガナを必ずご記入ください。

押す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

ゆうちょ銀行 印

銀行 信組 労金 本店 信金 農協 三宮 支店 出張所

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(金融機関休業日の場合は翌営業日)

お届け印(捺印) 払込先口座番号 01140-9-52404 組合使用欄

必ずお届け印と同じ印鑑をご捺印ください。

お届け印と同じ印(ゆうちょ銀行は除く)

収納代行 収納先 : SMBCファイナンスサービス株式会社 神戸市民生活協同組合 収納先番号 : 301510

ご注意点

- 下図の「印影不明瞭」「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。
- 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)

不鮮明	重ね押し	印鑑相違

● 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います。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。

訂正例

フリガナ	セイキョウ	タロウ	お届け印
氏名	生協	花子太郎	生協

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病に該当する方にご提出ください。

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。

回答日 令和 ○○年 △△月 □□日

組合員番号	加入者番号
-------	-------

1 特別条件付加入制度付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、「あんしんくみためプラン」にはご加入いただけません。

注2) ⑮の傷病に該当する方は、「2 特定の疾病加入制度付帯」についての追加告知事項にのみご回答ください。

はい いいえ

(2) 医療共済「あんしんくみためプラン」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 病気の入院共済金、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、病気の死亡(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

(6) 「ご利用に際しての質問」(2)で回答いただいた傷病が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妊娠中であるの方のみご回答ください。傷病名または傷病名を異にするものであっても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、死亡についての共済金は支払われません。

同意する 同意しない

※上記(1)に該当される方、(2)～(6)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付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が「肺動脈高血圧」「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、タンパク(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)

※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。

はい いいえ

(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 ○○○○年 △△月 □□日

収縮期血圧(最大血圧) ○○○ mmHg 拡張期血圧(最小血圧) ○○ mmHg

高血圧(症)の方は必ず測定値をご記入ください。

