

# 加入申込票 記入例

**使用期限: 令和8年1月10日お申込みまで** | 保険期間 令和7年3月1日から令和8年3月1日まで

**STEP 1 加入者情報をご記入ください**

必ずご記入ください

訂正、取消の場合は二重線で消し、訂正箇所に訂正署名(フルネーム)または訂正印を押印ください。また、修正液・修正テープ等はお使いになれませんのでご注意ください。

ご記入はSTEP1・2いずれも組合員(加入者)ご本人がご記入ください。

団体契約の保険始期(2025年3月1日)現在の満年令をご記入ください。  
※2025年3月1日現在の満年令により保険料が決定するためです。

加入者と被保険者が同じ場合でも、ご記入ください。

複数の保険契約にご加入の場合は、全ての保険契約の合計金額をご記入ください。

390 申込日 兼告知日 令和7年1月10日

017 組合員番号 (右詰で記入) 12345678

生協への 〇座登録 〇無

010 申込日 兼告知日 令和7年1月10日

017 組合員番号 (右詰で記入) 12345678

カタカナ 生協 太郎

漢字 生協 太郎

〒101-8011 東京都千代田区神田駿河台3-11-1

電話番号 (携帯・FAX含む) 090-0000-1234

電話番号 (その他) -

307 カタカナ セイキョウ ハナコ

組合員(加入者)本人がフルネームでご署名ください。★

漢字 生協 花子

性別 男(1) 女(2) 〇

生年月日 980 大正 昭和 平成 令和

満 43 才

56年5月1日

STEP 2 保険の対象となる方の情報も加入者となる方がご記入ください。  
加入者と被保険者が同じ場合でもご記入が必要です。

2025年(令和7年)3月1日現在の年令をご記入ください。

390 1人目

004 カナ セイキョウ タロウ

漢字 生協 太郎

302 性別 男(1) 女(2) 〇

303 年令 満 47 才

323 生年月日 昭和 平成 令和

52年8月1日

加入者続柄から 本人(1) 配偶者(2) 子(3) 両親(4) 同居の兄弟姉妹(5) 同居の親族(6) 〇

加入保険料 2,580 円

社内欄 300 5720 円

300 加入コース (ご希望のコース1つに○をつけてください) 5720 ★	スタンダードプラン	シンプルプラン
ありコース	300万円 A3	200万円 A2
なしコース	300万円 C3	200万円 C2
	100万円 A1	100万円 B1
	50万円 A05	200万円 D2
	100万円 C1	100万円 D1
	50万円 C05	

※健康状況告知書 質問事項回答欄

質問1・2★

いいえ

4

※健康に関する告知ご回答のご案内

※三井住友海上火災保険株式会社 左様の健康に関する告知質問事項に対する回答を正確に提供し、保険料の支払いを受けることにご同意します。健康に関する告知ご回答のご案内を確認し、内容を理解しました。

※他の保険契約等(注) あり 〇

5,000 円

## 健康に関する告知質問事項

- 以下の「健康に関する告知ご回答のご案内」をご覧ください。質問事項にご回答ください。
- 「コープの三大疾病保険(団体総合生活補償保険(MS&AD型))」にお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。
- 下記の質問事項には、組合員(加入者)ご自身がお答えください。

質問事項	
質問 1	これまでに医師にがん(上皮内新生物を含む)・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞、脳内出血およびくも膜下出血)のいずれかと診断されたことがありますか?
質問 2	過去2年以内に、病気により医師の手術を受けたこと、または入院したことがありますか? ※新型コロナウイルスによる自宅療養等は入院歴にはあたりません。妊娠・出産に関わる手術歴・入院歴については、告知は不要です。

質問1および質問2に対する回答をご確認いただき、いずれも「いいえ」の場合のみお引受けします。

右図のとおり点線に○をしてください。

(ご注意) 普通保険約款およびセットされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。なお、初年度契約の補償開始日より前に発病(※1)した病気(※2)については保険金をお支払いしません。

- (※1)「発病」とは、医師が診断(人間ドックや定期健康診断での指摘を含みます)した発病をいいます。発病日は「初診日」または「要再検査・要精密検査・要治療となった健康診断の受診日」となります。ただし、先天性異常については、医師が診断したことによりはじめて発見されることをいいます。
- (※2)初年度契約の補償開始日より前に罹患していた既往症と因果関係があると診断された病気を含みます。ただし、補償開始後1年経過後してお支払いの事由に該当した場合は、因果関係を問わず保険金をお支払いします。

加入申込票の郵送(切手不要)にご利用いただけます。地域担当者へお渡しいただく場合は手渡しを基本にお願いいたします。

### コープの三大疾病保険 自動更新 加入申込票の郵送方法

- ①右の宛名部分を点線に沿って切り取り、お手持ちの封筒の上半分にしっかりと、のり付けしてください。封筒は、郵送に差つかえないものであれば、どんな封筒もご使用いただけます。  
(最大サイズ 120×235 mm)
- ②その封筒の中に入社申込票を折ってお入れください。
- ③封筒の裏にお手数ですが、お名前と住所をご記入ください。

切手不要

キリトリ

料金受取人払郵便

8908790

933

受取人

鹿児島中央局 承認 6275

鹿児島市広木一丁目1番1号

株式会社コープサービス行

差出有効期間 2026年3月31日まで (切手不要)

定形郵便物

「コープの三大疾病保険」加入申込票在中

キリトリ

通常郵便より1~2日遅い到着となります。お早めにご提出ください。