

コープの三大疾病保険 加入申込票 兼 健康状況告知書

(団体総合生活補償保険(MS&AD型))

ご記入の際はもれなく消せない黒のボールペンでご記入ください。

000 AAA 020 994 354
RAB1 03 88 LF ④
XWS 口座還元ユニークキー

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。★の項目は加入者の訂正署名(フルネーム)が必要です。

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

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

STEP 1 加入者情報をご記入ください。

新たにご加入する場合 (新規加入) ご加入済みで、追加加入する場合 (被保険者追加) コース変更 増額

私は、『コープの三大疾病保険』の募集パンフレット、「重要事項のご説明」、「ご加入内容確認事項」等を確認し、これらを書面もしくは電子データなど団体が定める方法で受領すること、および個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。また、私から特段の申し出をしない限り、以降、毎年3月1日を継続日としてこの保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。

010 申込日 兼告知日	令和 R 年 月 日	017 組合員番号 (右詰で記入)			生協への 口座登録	有	無
012 下(郵便番号)	399 (漢字)	電話番号 (携帯もしくは自宅)	011		-	-	
012 上(郵便番号)	-	電話番号 (その他)			-	-	
組合員氏名 (加入者兼告知者)	307 カタカナ 組合員(加入者)本人がフルネームでご署名ください。★ 341		性別	982	生年月日	980	年令
			男 ① 女 ②		() 大正 (S) 昭和 (H) 平成	年 月 日	満 才

STEP 2 保険の対象となる方の情報を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。

※三井住友海上火災保険株式会社 左頁の健康に関する告知質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。「健康に関する告知ご回答のご案内」を確認し、内容を了解しました。

1人目 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 氏名	J04 カナ L67 漢字	302 *性別	男 ① 女 ②	303 *年令	満 才	加入者 続柄	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
323 *生年月日	(S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和	年 月 日					
※健康状況告知書 質問事項回答欄	300 加入コース (ご希望のコース1つに○をつけてください) 572① ★	スタンダードプラン		シンプルプラン		保険料表記載の保険料をご確認後、 ご自身でご記入ください	
LKA LKH 質問1・2★ いすれも いいえ 4	あり 先進医療	300万円 A3	200万円 A2	100万円 A1	50万円 A05	200万円 B2	100万円 B1
	なし コース	300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2	100万円 D1
新たに加入する場合、または、保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。		Y34 *他の保険契約等(注)	あり ①	Y38 疾病による入院保険金日額(合計)	円	疾病による通院保険金日額(合計)	円

2人目 2025年(令和7年)3月1日現在の年令をご記入ください。

390 ② 氏名	J04 カナ L67 漢字	302 *性別	男 ① 女 ②	303 *年令	満 才	加入者 続柄	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
323 *生年月日	(S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和	年 月 日					
※健康状況告知書 質問事項回答欄	300 加入コース (ご希望のコース1つに○をつけてください) 572① ★	スタンダードプラン		シンプルプラン		保険料表記載の保険料をご確認後、 ご自身でご記入ください	
LKA LKH 質問1・2★ いすれも いいえ 4	あり 先進医療	300万円 A3	200万円 A2	100万円 A1	50万円 A05	200万円 B2	100万円 B1
	なし コース	300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2	100万円 D1
新たに加入する場合、または、保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。		Y34 *他の保険契約等(注)	あり ①	Y38 疾病による入院保険金日額(合計)	円	疾病による通院保険金日額(合計)	円

(注)スタンダードプランにご加入で同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、団体総合生活補償保険等の病氣に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。また、他の保険会社等における契約、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。)がありますか。「あり」の場合、「1」に○印のうえ、必ず○印の隣の欄にご記入ください。ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。

生協名(カナ) 018	コープカゴシマ	生協コード 019	9820005
生協使用欄	受付日 令和 年 月 日	事業所名	事業所コード
担当者名	担当者コード		
R50 合計保険料	受付担当	受付日	中途加入始期日
円	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
098 加入者番号	099 旧加入者番号	331 特記事項(カナ)	

被保険者記入欄が不足する場合は記載事項の確認については生協職員ではなく、代理店までお問い合わせください。 DC240905 2024.9/AHJ62

この加入申込票は、複写式ではありません。「コープの三大疾病保険」のご加入控となりますので切り取っていただき、加入者証が届くまで大切に保管願います。

生協の保記入	加入者氏名	申込みコース名	受付日
「コープの三大疾病保険」 加入申込票本人控		保険料欄	円 令和 年 月 日
		様	店 センター

加入者証は、補償開始後、1か月以内に郵送されます。<ご注意>保険料を2か月連続してお引き落としが出来ない場合、ご契約を解除させていただきます。