

団体長期障害所得補償保険 <加入申込票>

*この保険は農林水産省職員生活協同組合を保険契約者とし、農林水産省職員生活協同組合の組合員を加入者とする団体長期障害所得補償保険の団体契約です。
*加入者は農林水産省職員生活協同組合の組合員ご本人としてください。
*ご加入にあたっては補償内容等をパンフレットにてご確認のうえお申込みください。
*「重要事項のご説明」の受領、「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いにご同意いただいたうえで署名してください。
(ご注意)団体長期障害所得補償保険(GLTD)の加入者が10名未満の場合、団体長期障害所得補償保険(GLTD)は不成立となり、ご加入できません。

加入申込日 平成 年 月 日

Form with fields for applicant details (所属, 氏名, 住所), insured name, age, sex, and health status questionnaire (健康状態告知書質問事項回答欄).

【告知事項】 必ずご回答ください。「有」の場合は右欄に詳細をご記入ください。

Table for disclosure items (告知事項) including other insurance contracts and insurance claim history.

※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時に重要な事項(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ください。

- ★保険期間(ご契約期間):平成28年10月1日午後4時から1年間
★保険料払込方法:平成28年12月より下記①~③のいずれかにて払込みいただきます。(月払)
①生協への登録口座より引き落とし ②給与控除 ③生協より別途ご請求

団体総合生活補償保険 疾病補償特約<加入申込票>

*この保険は農林水産省職員生活協同組合を保険契約者としその組合員を加入者とする疾病補償特約セット団体総合生活補償保険の団体契約です。
*ご加入の際は別紙パンフレットをご確認ください。

*前年同内容にて継続加入の方は自動継続となりますのでこの加入申込票の提出は不要です。

【加入区分】 ○印⇒ **新規** **変更** **脱退**

加入申込日 平成 年 月 日 ※「脱退」の場合は加入者欄(氏名・所属名・組合員番号)をご記入ください。

加入者	フリガナ				TEL	-	-
	氏名(自署)	フルネームで署名してください			(自宅)		
	自宅住所	〒	-				
	所属名(所属コード)	(生協が記入します)	組合員番号		連絡先 TEL - -

- 被保険者(補償の対象となる方)についてご記入ください。お申込みのプラン名□にチェックをし、保険料もご記入ください。
- 告知事項(※を付した項目)は必ずご回答ください。㊦の場合は右欄に他の保険契約等の合計保険金額(日額)をご記入ください。
※印の項目は、ご加入に際して当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ご注意ください。
- 「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえお申込みください。

(注)被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、学生・子ども総合保険、タフ・ケガの保険(積立タイプ)等の身体の病気またはケガに対し、保険金が支払われる他の保険契約等を記入ください(団体契約、生命保険、共済を含みます)。

被保険者名(補償の対象となる方)		申込プラン <input checked="" type="checkbox"/>	
ご本人	フリガナ	①タイプ選択	
	※生年月日	S・H	年 月 日
	性別	男 女	※年令
		□A1 □A2 □A3	②オプション選択
		月払保険料	□女性形成費用(F10) □個人賠償責任(F2) □携行品損害(F3)
※他の保険契約等		有 ⇒	疾病入院保険金日額 合計 円 疾病通院保険金日額 合計 円
過去の保険金の請求・受領		有 ⇒	回数 回 ※健康状態告知回答欄 質問1 はい いいえ 質問2 はい いいえ 質問3 はい いいえ 特定疾病等対象外欄 疾病コード() 疾病・症状名(フリガナ)(R0の場合のみ記入)() 告知者ご署名欄 必ず被保険者ご本人がフリガナで署名してください。告知日平成28年 月 日
ご本人	フリガナ	①タイプ選択	
	※生年月日	S・H	年 月 日
	性別	男 女	※年令
		□A1 □A2 □A3	②オプション選択
		月払保険料	□女性形成費用(F10) □個人賠償責任(F2) □携行品損害(F3)
※他の保険契約等		有 ⇒	疾病入院保険金日額 合計 円 疾病通院保険金日額 合計 円
過去の保険金の請求・受領		有 ⇒	回数 回 ※健康状態告知回答欄 質問1 はい いいえ 質問2 はい いいえ 質問3 はい いいえ 特定疾病等対象外欄 疾病コード() 疾病・症状名(フリガナ)(R0の場合のみ記入)() 告知者ご署名欄 必ず被保険者ご本人がフリガナで署名してください。告知日平成28年 月 日
ご本人	フリガナ	①タイプ選択	
	※生年月日	S・H	年 月 日
	性別	男 女	※年令
		□A1 □A2 □A3	②オプション選択
		月払保険料	□女性形成費用(F10) □個人賠償責任(F2) □携行品損害(F3)
※他の保険契約等		有 ⇒	疾病入院保険金日額 合計 円 疾病通院保険金日額 合計 円
過去の保険金の請求・受領		有 ⇒	回数 回 ※健康状態告知回答欄 質問1 はい いいえ 質問2 はい いいえ 質問3 はい いいえ 特定疾病等対象外欄 疾病コード() 疾病・症状名(フリガナ)(R0の場合のみ記入)() 告知者ご署名欄 必ず被保険者ご本人がフリガナで署名してください。告知日平成28年 月 日
			合計月額保険料 円

●保険期間(ご契約期間)：平成28年10月1日午後4時から1年

●保険料控除：平成28年12月より控除開始

団体総合生活補償保険 傷害補償(MS&AD 型)特約 <加入申込票>

*この保険は農林水産省職員生活協同組合を保険契約者としその組合員を加入者とする傷害補償 (MS&AD 型) 特約セット団体総合生活補償保険の団体契約です。ご加入の際は別紙パンフレットをご確認ください。

*前年同内容にて継続加入の方は自動継続となりますのでこの加入申込票の提出は不要です。

【加入区分】 印⇒ 新規 変更 脱退

加入申込日 平成 年 月 日 ※「脱退」の場合は加入者欄(氏名・所属名・組合員番号)をご記入ください。

加入者	フリガナ				TEL	-	-	
	氏名(自署)	フルネームで署名してください			(自宅)			
	自宅住所	〒 -						
	所属名 (所属コード)	(生協が記入します)		組合員番号	連絡先 TEL	-	-	

- 被保険者(補償の対象となる方)についてご記入ください。お申込みのコースの型名口にチェックをし、保険料もご記入ください。
- 告知事項(※を付した項目)は必ずご回答ください。㊦の場合は右欄に他の保険契約等の合計保険金額(日額)をご記入ください。
※印の項目は、ご加入に際して当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注意ください。
- 「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえお申込みください。

(注)被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険(学生・子ども総合保険、団体契約、生命保険、共済を含みます)、タフ・ケガの保険(積立タイプ)等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等をご記入ください(団体契約、生命保険、共済を含みます)。

被保険者名(補償の対象となる方)		性別	生年月日	年齢	ご加入の型(型番号に○をしてください。)			
フリガナ	男 女	S・H 年 月 日	満 才	プラン	本人型	夫婦型	家族型	オプション選択
				普通傷害 家族傷害	B1 C1 D1	B2 C2 D2	B3 C3 D3	・個人賠償責任 F2 ・携行品損害 F3(本人型) ・携行品損害 F4(夫婦型) ・携行品損害 F5(家族型)
				交通事故 傷害	E1 □数: □		E2 □数: □	・個人賠償責任 F2
				親介護	G1	G2	G3	
				月払保険料				円
加入者との続柄		住所(加入者と異なる場合のみ記入)						

★1 G1・G2・G3を選択した場合 (親介護一時金補償特約をセットする場合)、ご記入ください 健康状態告知書質問事項回答欄(親介護一時金補償の特約被保険者用)

特約被保険者名(カタカナ)	※生年月日	※年齢	※続柄	※質問	確認方法	告知日 平成 年 月 日 <告知者ご署名>
	T・S 年 月 日	満 才	父 母	はい 1 いいえ 2	対面 1 FAX・郵送 2 電話 3 メール等 4	
	T・S 年 月 日	満 才	父 母	はい 1 いいえ 2	対面 1 FAX・郵送 2 電話 3 メール等 4	
※他の保険契約等 他の保険会社等における 契約を含みます。	Q1.同種の危険を補償する他の保険契約等 がありますか。(注)		有 ⇒	傷害死亡・後遺障害保険金額 合計 千円	傷害入院保険金日額 合計 円	傷害通院保険金日額 合計 円
保険金請求歴 他の保険会社等における 保険金請求を含みます。	Q2.過去3年以内にケガまたは病気で保険金 (5万円以上)を請求または受領したことが ありますか。		有 ⇒	保険会社	回数	合計金額 円

被保険者名(補償の対象となる方)		性別	生年月日	年齢	ご加入の型(型番号に○をしてください。)			
フリガナ	男 女	S・H 年 月 日	満 才	プラン	本人型	夫婦型	家族型	オプション選択
				普通傷害 家族傷害	B1 C1 D1	B2 C2 D2	B3 C3 D3	・個人賠償責任 F2 ・携行品損害 F3(本人型) ・携行品損害 F4(夫婦型) ・携行品損害 F5(家族型)
				交通事故 傷害	E1 □数: □		E2 □数: □	・個人賠償責任 F2
				親介護	G1	G2	G3	
				月払保険料				円
加入者との続柄		住所(加入者と異なる場合のみ記入)						

★1 G1・G2・G3を選択した場合 (親介護一時金補償特約をセットする場合)、ご記入ください 健康状態告知書質問事項回答欄(親介護一時金補償の特約被保険者用)

特約被保険者名(カタカナ)	※生年月日	※年齢	※続柄	※質問	確認方法	告知日 平成 年 月 日 <告知者ご署名>
	T・S 年 月 日	満 才	父 母	はい 1 いいえ 2	対面 1 FAX・郵送 2 電話 3 メール等 4	
	T・S 年 月 日	満 才	父 母	はい 1 いいえ 2	対面 1 FAX・郵送 2 電話 3 メール等 4	
※他の保険契約等 他の保険会社等における 契約を含みます。	Q1.同種の危険を補償する他の保険契約等 がありますか。(注)		有 ⇒	傷害死亡・後遺障害保険金額 合計 千円	傷害入院保険金日額 合計 円	傷害通院保険金日額 合計 円
保険金請求歴 他の保険会社等における 保険金請求を含みます。	Q2.過去3年以内にケガまたは病気で保険金 (5万円以上)を請求または受領したことが ありますか。		有 ⇒	保険会社	回数	合計金額 円

(注)被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、学生・子ども総合保険、タフ・ケガの保険(積立タイプ)等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等を「記入ください」(団体契約、生命保険、共済を含みます)。

被保険者名(補償の対象となる方)		性別	生年月日	年齢	ご加入の型(型番号に○をしてください。)				
被保険者(本人)	アフリカ	男 女	S・H 年 月 日	満 才	プラン	本人型	夫婦型	家族型	オプション選択
					普通傷害 家族傷害	B1	B2	B3	・個人賠償責任 F2 ・携行品損害 F3(本人型) ・携行品損害 F4(夫婦型) ・携行品損害 F5(家族型)
						C1	C2	C3	
						D1	D2	D3	
					交通事故 傷害	E1 回数: □	E2 回数: □	E3	・個人賠償責任 F2
親介護	G1	G2	G3						
加入者との続柄					住所(加入者と異なる場合のみ記入)				
★1 G1・G2・G3を選択した場合 (親介護一時金補償特約をセットする場合)、ご記入ください					健康状態告知書質問事項回答欄(親介護一時金補償の特約被保険者用)				
特約被保険者名(カタカナ)	※生年月日	※年齢	※続柄	※質問	確認方法			告知日 平成 年 月 日 <告知者ご署名>	
	T・S 年 月 日	満 才	父 母	はい 1 いいえ 2	対面 1 電話 3	FAX・郵送 2 メール等 4			
	T・S 年 月 日	満 才	父 母	はい 1 いいえ 2	対面 1 電話 3	FAX・郵送 2 メール等 4			
※他の保険契約等 他の保険会社等における 契約を含みます。	Q1.同種の危険を補償する他の保険契約等 がありますか。(注)		有 ⇒	傷害死亡・後遺障害保険金額 合計 千円	傷害入院保険金日額 合計 円	傷害通院保険金日額 合計 円			
保険金請求歴 他の保険会社等における 保険金請求を含みます。	Q2.過去3年以内にケガまたは病気で保険金 (5万円以上)を請求または受領したことが ありますか。		有 ⇒	保険会社	回数	合計金額 円			
被保険者名(補償の対象となる方)		性別	生年月日	年齢	ご加入の型(型番号に○をしてください。)				
被保険者(本人)	アフリカ	男 女	S・H 年 月 日	満 才	本人型	夫婦型	家族型	オプション選択	
					普通傷害 家族傷害	B1	B2	B3	・個人賠償責任 F2 ・携行品損害 F3(本人型) ・携行品損害 F4(夫婦型) ・携行品損害 F5(家族型)
						C1	C2	C3	
						D1	D2	D3	
					交通事故 傷害	E1 回数: □	E2 回数: □	E3	・個人賠償責任 F2
親介護	G1	G2	G3						
加入者との続柄		住所(加入者と異なる場合のみ記入)							
★1 G1・G2・G3を選択した場合 (親介護一時金補償特約をセットする場合)、ご記入ください					健康状態告知書質問事項回答欄(親介護一時金補償の特約被保険者用)				
特約被保険者名(カタカナ)	※生年月日	※年齢	※続柄	※質問	確認方法			告知日 平成 年 月 日 <告知者ご署名>	
	T・S 年 月 日	満 才	父 母	はい 1 いいえ 2	対面 1 電話 3	FAX・郵送 2 メール等 4			
	T・S 年 月 日	満 才	父 母	はい 1 いいえ 2	対面 1 電話 3	FAX・郵送 2 メール等 4			
※他の保険契約等 他の保険会社等における 契約を含みます。	Q1.同種の危険を補償する他の保険契約等 がありますか。(注)		有 ⇒	傷害死亡・後遺障害保険金額 合計 千円	傷害入院保険金日額 合計 円	傷害通院保険金日額 合計 円			
保険金請求歴 他の保険会社等における 保険金請求を含みます。	Q2.過去3年以内にケガまたは病気で保険金 (5万円以上)を請求または受領したことが ありますか。		有 ⇒	保険会社	回数	合計金額 円			

●保険期間(ご契約期間):平成28年10月1日午後4時から1年

●保険料控除:平成28年12月より控除開始

<引受保険会社> あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

(2016年7月承認)A16-101357

団体レジャー保険加入申込票

- *この保険は農林水産省職員生活協同組合を保険契約者とし、農林水産省職員生活協同組合の組合員を加入者とするゴルファー保険、テニス保険、スキー・スケート保険、フィッシングプラン(団体総合生活補償保険)の団体契約です。
- *加入者は農林水産省職員生活協同組合の組合員ご本人としてください。
- *ご加入にあたっては補償内容等パンフレットにてご確認のうえお申込みください。
- *「重要事項のご説明」の受領、「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いにご同意いただいたうえで署名してください。
- *ご家族がご加入されるなど、被保険者が2人以上の場合はこの加入申込票をコピーしてご利用ください。

★前年同内容にて継続加入の方は自動継続となりますのでこの加入申込票の提出は不要です。

【加入区分】○印⇒

新規 変更 脱退

加入申込日 平成 年 月 日

申込人(加入者)	所属						[生協記入欄] 組合員番号	
	所属コード							
	氏名	フリガナ フルネームで署名してください					自宅電話 ()	
	住所	フリガナ 〒						
被保険者名 (補償の対象となる方)		フリガナ	年令	生年月日	性別	申込人との続柄	※職業名・職種名	
			満才	S・H 年 月 日	男女			
被保険者住所 *申込人と異なる場合のみご記入ください。		フリガナ 〒						

(注)職業名・職種名欄はフィッシングプランご加入の場合必ずご記入ください。

【加入コース】ご希望のコースに○印をし、保険料をご記入ください。

保険種類	ご加入コース (保険料)		保険料(一時払)
ゴルファー保険	A	3,570円	円
スキー保険	B	3,030円	C 6,600円 円
テニス保険	D 1,560円		円
フィッシングプラン	E	5,940円	H 2,380円 円
合計保険料			円

【告知事項】必ずご回答ください。保険種類別に、「有」の場合は右欄に詳細をご記入ください。

ゴルフ 保険	※他の保険契約等 Q. 同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか。(注1)	有 無 ⇒	保険会社等の名称	保険金額・支払限度額 千円	
			保険種類	満期日 平成 年 月 日	
テニス 保険	※他の保険契約等 Q. 同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか。(注1)	有 無 ⇒	保険会社等の名称	保険金額・支払限度額 千円	
			保険種類	満期日 平成 年 月 日	
スキー 保険	※他の保険契約等 Q. 同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか。(注1)	有 無 ⇒	保険会社等の名称	保険金額・支払限度額 千円	
	※競技または指導職業(注2)	はい いいえ	保険種類	満期日 平成 年 月 日	
団体総合生活補償 保険 フィッシング プラン	※他の保険契約等 Q. 被保険者ご本人について同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか。(注3)	有 無 ⇒	傷害死亡・後遺障害保険金額合計	傷害入院保険金日額合計	傷害通院保険金日額合計
			千円	円	円
	◇保険金請求歴 (注)他の保険会社等における保険金請求を含みます。 Q. 過去3年以内にケガで保険金(5万円以上)を請求または受領したことがありますか。	有 無 ⇒	保険会社等の名称	回数	合計金額

※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時に重要な事項(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確認してください。ただし、「職業名・職種名」はフィッシングプランにご加入の方のみ告知事項となります。

(注1)この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等(共済契約を含みます)をご記入ください。他の保険会社における契約を含みます。

(注2)スキー・スケート保険で被保険者が競技または指導を職務としている場合は、はいに○印をしてください。

(注3)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、タフ・ケガの保険、学生・子ども総合保険、タフ・ケガの保険[積立タイプ]等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等)をご記入ください。(団体契約、生命保険、共済を含みます。)

★保険期間(ご契約期間):平成28年10月1日午後4時から1年間

★保険料払込方法:平成28年12月に下記①~③のいずれかにより払込みいただきます。(年間保険料一時払)

①生協への登録口座より引き落とし ②給与控除 ③生協より別途ご請求