

GLTD～長期収入サポート制度～ <加入申込票>

(団体長期障害所得補償保険)

記入方法につきましては、別冊「特に重要なお知らせ」のP5をご覧ください。

*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)のご契約は不成立となり、ご加入できません。

* 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 令和 年 月 日 ※「脱退」の場合は加入者欄(氏名・所属(部・課(室)名)・組合員番号)をご記入ください。

申込人 (加入者)	所属 (部・課(室)名)			〔生協記入欄〕 組合員番号				
				〔生協記入欄〕 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		電話番号	()			
	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	口数		
			満才	S・H・R 年 月 日	男 女	口		
※健康状態告知書質問事項回答欄						告知者ご署名欄		
「健康状態告知書質問事項」の(病気・症状一覧表)から該当するものを右記にご記入ください。		質問 1	質問 2	特定疾病等対象外欄		告知日 令和 年 月 日		
		はい いいえ	はい いいえ	疾病コード	疾病・症状名 (ROの場合のみカタカナで記入)			

【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。

※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)	有 無	⇒	合計保険金額 万円		
◇保険金請求歴 *他の保険会社等への保険金請求を含みます。 Q. 過去3年以内にケガまたは病気で保険金(合計して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 回	合計金額 円

※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。

(注)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、所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等の身体障害による就業不能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):令和2年10月1日午後4時から1年間

★保険料払込方法:令和2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落し ②給与控除 ③生協より別途請求

★加入者証配布時期:令和2年10月末～11月末

親介護一時金 以外用 健康状態告知書質問事項および健康状態告知書質問事項回答欄記入要領

団体長期障害所得補償保険

団体長期障害所得補償保険の基本補償に今回新たに加入する方、および継続して加入する場合で保険金額の増額、特定疾病等を補償対象外とする条件の削除など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、加入申込票・被保険者明細書の「**親介護一時金 以外用 健康状態告知書質問事項回答欄**」(以下「**親介護一時金以外用告知回答欄**」)といえます)に下記の質問事項に対する回答および告知日をご記入のうえ、ご署名ください。

- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、親介護一時金以外用告知回答欄へのご記入は不要です。
- 被保険者ご本人がご回答ください。
- 各質問に該当する場合は「はい」に、該当しない場合は「いいえ」に○印をしてください。

質問事項

<質問1>

「がん」「糖尿病」に関するご質問

●以下の①、②のいずれかに該当する項目はありますか。

①過去2年以内に「がん」(悪性新生物をいい、上皮内がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫瘍を含みます)にかかったことがある。または、現在、医師から「がん」の検査を受けるように指示されている。

②過去2年以内に医師から「糖尿病」「高血糖症」「耐糖能異常」と診断されたことがある。または、現在、医師からこれらの検査を受けるように指示されている。

はい
お引き受けできません。
ご了承ください。

いいえ
親介護一時金以外用告知回答欄の質問1は「はい」に○印をしてください。

<質問2>

最近の健康状態・既往症に関するご質問

●以下の①、②のいずれかに該当する項目はありますか。

①最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療(医師の指示による服薬を含みます)を受けたことがある。

②過去2年以内に、健康診断・人間ドックまたは医師による診察の結果、異常(要検査・要精密検査・要治療・要経過観察)を指摘されたことがある(検査や治療の結果、「異常なし」となった場合を除きます)。

※ただし、後遺症のないケガおよび右記「完治している場合は告知不要の病気・症状」に該当する病気・症状は告知不要です。

はい
質問2の①、②のいずれかに該当する項目がある場合は、病気・症状により、右のいずれかのお取り扱いとなります。

いいえ
親介護一時金以外用告知回答欄の質問2は「いいえ」に○印をしてください。

完治している場合は告知不要の病気・症状

感冒(かぜ)、インフルエンザ、急性胃腸炎、急性へんとう炎、急性咽頭炎、急性喉頭炎、急性気管支炎、急性虫垂炎、急性中耳炎、外耳炎、結膜炎、花粉症、アレルギー性鼻炎、じんましん、そけいヘルニア、虫歯

病気・症状が「**病気・症状一覧表**」の甲欄に該当する方

お引き受けできません。
ご了承ください。

病気・症状が「**病気・症状一覧表**」の乙欄に該当する方

該当群(A～I群)の甲欄および乙欄に記載の病気・症状すべてを特定疾病等補償対象外としてお引き受けします。

親介護一時金以外用告知回答欄の質問2の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄に該当する群名コード(A1～Y1)をご記入ください。

疾病コード
X1

「**病気・症状一覧表**」に該当する病名がない方

その病気・症状のみを特定疾病等補償対象外としてお引き受けします。

親介護一時金以外用告知回答欄の質問2の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄にR0、「疾病・症状名」欄に病名をカナで記入してください。

疾病コード
R0
コウジョウセン
キノウテイカショウ

病気・症状名が不明な方や検査等の結果待ちの方

病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。ご了承ください。

注意

- ・質問事項に対する回答の記載がない場合や回答内容が事実と異なっている場合は、ご加入が解除され保険金が支払われないことがあります。
- ・ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合、または、特定の病気・症状について保険金をお支払いしない条件(特定疾病等補償対象外)でのご加入となる場合がありますので、あらかじめご了承ください。また、特定疾病等補償対象外の場合には、次年度以降も原則として同条件でのご継続となります。
- ・ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始日より前に原因が発生した病気やケガについては、保険金をお支払いできません(始期前治療について協定書に定めのある場合、その規定により保険金を支払うことができる場合があります)。
- ・継続して加入する方で、「疾病コード」欄に下記「**病気・症状一覧表**」の群名コード以外のコードが印字されている場合、補償対象外となる病気・症状の範囲は、別紙「健康状態告知書質問事項回答欄の解説」に記載していますのでご確認ください。

群名コード

病 気 ・ 症 状 一 覧 表								
A群 A1	B群 X1	C群 C1	D群 D1	E群 E1	F群 F1	H群 H1	I群 Y1	K群 (親介護一時金以外用)
脳・循環器系の 疾病	呼吸器系の 疾病	消化器系の 疾病	肝臓系の 疾病	胆のう・すい 臓系の疾病	腎臓・泌尿器系 の疾病	婦人科系の 疾病	骨・筋肉 の疾病	その他の 疾病
●脳卒中(脳出血・くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓、脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など) ●脳腫瘍 ●脳神経変性症 ●動脈硬化症 ●動脈狭窄症 ●動脈瘤 ●心臓こうそく ●心臓弁膜症	●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺炎 ●肺気腫 ●間質性肺炎 ●肺線維症 ●気管支ぜん息	●胃・腸のがん ●食道がん ●かいよう性大腸炎 ●クローン病	●肝臓のがん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎	●胆のう・すい臓のがん ●すい炎	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腎 ●尿毒症	●子宮がん ●卵巣がん	●リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患) ●脊椎カリエス ●後縦靱帯骨化症 ●筋ジストロフィー症 ●重症筋無力症	●精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・知的障害・発達障害※1 ●左記のA～I群にある「がん」以外のがん(悪性新生物をいい、上皮内がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫瘍を含みます) ●糖尿病(高血糖症、耐糖能異常を含みます) ●膠原(こうげん)病 ●血友病 ●カリエス ●厚生労働省指定の難病(ただし、メニエール病を除きます)※2
●高血圧症(医師の治療を受けている場合、または治療を受けていない場合でも最低血圧110ミリ以上の場合) ●高脂血症・脂質異常症(高コレステロール血症を含みます) ●不整脈(心房・心室細動、心房頻拍、脚ブロックなど) ●先天性心疾患(心房・心室中隔欠損症、動脈管開存症、大動脈縮窄症、アロー四徴症など)	●肺炎 ●じん肺 ●けい肺 ●肺のう胞 ●自然気胸 ●慢性気管支炎 ●気管支拡張症 ●胸膜炎(肋膜炎)	●胃・腸のかいようまたはポリープ	●急性肝炎 ●肝臓大 ●黄疸	●胆のうポリープ ●胆のう炎 ●胆石(症) ●胆管結石	●急性腎不全 ●急性腎炎 ●腎う炎 ●腎臓・膀胱・尿管などの結石 ●前立腺肥大症	●子宮筋腫 ●子宮内腺症 ●子宮腺筋症 ●子宮頸部異形成 ●卵巣のう腫	●関節炎 ●骨髄炎 ●神経痛 ●頸肩腕症候群	※1:具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に指定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病傷害および死因統計分類要CD-10(2003年版)準拠」によります。 ※2:メニエール病は「疾病・症状名」欄に病名を記載することでご加入いただけます。

【記入例】

親介護一時金 以外用 ※健康状態告知書質問事項回答欄 (注1)				特定疾病等対象外欄	
質問1	質問2				
L53 はい ① いいえ ②	L54 はい ① いいえ ②		L45 疾病コード R0	562 疾病・症状名 (R0の場合のみカタカナで記入)	コウジョウセン キノウテイカショウ

「**疾病・症状名**」欄に病名を記載する場合のご注意 — 「**病気・症状一覧表**」に該当する病名がないことをご確認ください。

「**病気・症状一覧表**」の甲欄、乙欄に該当する病気・症状の具体名を「**疾病・症状名**」欄に記入して加入した場合は、加入申込票・被保険者明細書の提出後であっても、保険期間の開始時から条件を訂正することまたはご加入の取消しをすることがあります。

厚生労働省指定の難病の例
(平成29年3月現在)

パーキンソン病関連疾患、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、皮膚筋炎/多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、網膜色素変性症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)、サルコイドシス、ベーチェット病、原発性胆汁性肝硬変 など

医療～疾病補償プラン～ **<加入申込票>**

(団体総合生活補償保険 疾病補償特約)

記入方法につきましては、別冊「特に重要なお知らせ」の P6 をご覧ください。

*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 令和 年 月 日 ※「脱退」の場合は加入者欄(氏名・所属(部・課(室)名)・組合員番号)をご記入ください。

申込人（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			（携帯）	— —
	自宅住所	〒 —				
	所属 （部・課（室）名）		〔生協記入欄〕 組合員番号			
			〔生協記入欄〕 所属コード			

- 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。
- 「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、団体総合生活補償保険、賠償責任保険、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）				申込プラン ☒																			
ご本人	フリガナ -----				①タイプ選択				②オプション選択														
	※生年月日		S・H・R		年		月		日		□A1 □A2 □A3		□女性形成費用（F10） □日常生活賠償（F2） □携行品損害（F3）										
	性別		男		女		※年令		才		◆団体との関係		月払保険料		円								
※他の保険契約等	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		⇒		疾病入院保険金日額 合計		円		疾病通院保険金日額 合計		円		賠償支払限度額・保険金額 合計		万円				
過去の保険金の請求・受領	Q2.過去3年以内に病気または事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。				有		⇒		回数		回		※健康状態告知回答欄		質問1		質問2		質問3		特定疾病等対象外欄 疾病 コード（ ）		
ご本人	フリガナ -----				①タイプ選択				②オプション選択														
	※生年月日		S・H・R		年		月		日		□A1 □A2 □A3		□女性形成費用（F10） □日常生活賠償（F2） □携行品損害（F3）										
	性別		男		女		※年令		才		◆団体との関係		月払保険料		円								
※他の保険契約等	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		⇒		疾病入院保険金日額 合計		円		疾病通院保険金日額 合計		円		賠償支払限度額・保険金額 合計		万円				
過去の保険金の請求・受領	Q2.過去3年以内に病気または事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。				有		⇒		回数		回		※健康状態告知回答欄		質問1		質問2		質問3		特定疾病等対象外欄 疾病 コード（ ）		
ご本人	フリガナ -----				①タイプ選択				②オプション選択														
	※生年月日		S・H・R		年		月		日		□A1 □A2 □A3		□女性形成費用（F10） □日常生活賠償（F2） □携行品損害（F3）										
	性別		男		女		※年令		才		◆団体との関係		月払保険料		円								
※他の保険契約等	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		⇒		疾病入院保険金日額 合計		円		疾病通院保険金日額 合計		円		賠償支払限度額・保険金額 合計		万円				
過去の保険金の請求・受領	Q2.過去3年以内に病気または事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。				有		⇒		回数		回		※健康状態告知回答欄		質問1		質問2		質問3		特定疾病等対象外欄 疾病 コード（ ）		
ご本人	フリガナ -----				①タイプ選択				②オプション選択														
	※生年月日		S・H・R		年		月		日		□A1 □A2 □A3		□女性形成費用（F10） □日常生活賠償（F2） □携行品損害（F3）										
	性別		男		女		※年令		才		◆団体との関係		月払保険料		円								
※他の保険契約等	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		⇒		疾病入院保険金日額 合計		円		疾病通院保険金日額 合計		円		賠償支払限度額・保険金額 合計		万円				
過去の保険金の請求・受領	Q2.過去3年以内に病気または事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。				有		⇒		回数		回		※健康状態告知回答欄		質問1		質問2		質問3		特定疾病等対象外欄 疾病 コード（ ）		
合計月額保険料														円									

- ◆団体との関係 下記該当の数字（いずれか1つ）をご記入ください。

団体の 1: 構成員(組合員) 本人
上記「1」の 2: 配偶者 3: こども 4: 両親 5: 兄弟姉妹 6: 同居の親族

- 保険期間（ご契約期間）：令和2年10月1日午後4時から1年間
●保険料払込方法：令和2年12月より下記①～③のいずれかにより払込みいただきます。（月払）
①生協への登録口座より引落し ②給与控除 ③生協より別途請求
●加入者証配布時期：令和2年10月末～11月末頃
＜引受保険会社＞ あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

健康状態告知書質問事項および健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)記入要領

団体総合生活補償保険

団体総合生活補償保険の疾病補償、がん補償、介護一時金、所得補償または医療費用補償のいずれかに今回新たに加える方、および継続して加入する場合で保険金額の増額、特定疾病等を補償対象外とする条件の削除など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、加入申込票兼被保険者明細書の健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)(以下「告知回答欄(本人用)」といいます)に告知日と下記の質問事項に対する回答をご記入ください。

- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、告知回答欄(本人用)へのご記入は不要です。
- 被保険者ご本人(補償の対象となる方)がご回答ください。ただし、満年齢が15才未満の被保険者については、親権者の方がご回答ください。
- 各質問に該当する場合は「はい」、該当しない場合は「いいえ」に○印をしてください。

質問事項

<質問1>

「がん」「糖尿病」に関するご質問



疾病補償、がん補償、所得補償、医療費用補償または介護一時金の加入を希望する方はご回答ください。
※疾病に関する補償が「がん補償」に限られている契約をお申込みの方は②については回答不要です(①についてのみご回答ください)。

●以下の①、②いずれかに該当する項目はありますか。

- ①今までに「がん」(悪性新生物をいい、上皮内がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫瘍を含みます)にかかったことがある。または、現在医師から「がん」の検査を受けるように指示されている。
- ②今までに医師から「糖尿病」「高血糖症」「耐糖能異常」と診断されたことがある。または、現在医師からこれらの検査を受けるように指示されている。

はい

疾病を補償する契約はお引き受けできません。ご了承ください。

いいえ

告知回答欄(本人用)の質問1は「いいえ」に○印をしてください。

質問 1
LKA
はい ①
いいえ ②

病気・症状が「病気・症状一覧表」の甲欄に該当する方

お引き受けできません。ご了承ください。

病気・症状が「病気・症状一覧表」の乙欄に該当する方

該当群(A~I群)の甲欄および乙欄に記載の病気・症状すべてを特定疾病等補償対象外としてお引き受けします。告知回答欄(本人用)の質問2の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄に該当する群名コード(A1~Y1)をご記入ください。

質問 2 (例)
LKH
はい ①
いいえ ②

506 疾病コード
X1
(507 疾病・症状名 カナ(R0の場合のみ記入))
コウジョウセン
キノウタイカショウ

「病気・症状一覧表」に該当する病名がない方

その病気・症状のみを特定疾病等補償対象外としてお引き受けします。告知回答欄(本人用)の質問2の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄にR0、「疾病・症状名」欄に病名をカナでご記入ください。

質問 2 (例)
LKH
はい ①
いいえ ②

506 疾病コード
R0
コウジョウセン
キノウタイカショウ

病気・症状名が不明な方や検査等の結果待ちの方

病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。ご了承ください。

はい

質問2の①~③に1つでも該当する項目がある場合は、病気・症状により、右のいずれかの取扱いとなります。
※ただし疾病に関する補償が「介護一時金」に限られている契約をお申込みの方は、お引き受けできません。

いいえ

告知回答欄(本人用)の質問2は「いいえ」に○印をしてください。

質問 2
LKH
はい ①
いいえ ②

完治している場合は告知不要の病気・症状

感冒(かぜ)、インフルエンザ、急性胃腸炎、急性へんとう炎、急性咽頭炎、急性喉頭炎、急性気管支炎、急性虫垂炎、急性中耳炎、外耳炎、結膜炎、花粉症、アレルギー性鼻炎、じんましん、せきいヘルニア、虫歯

<質問3>

女性の方へのご質問



疾病補償または医療費用補償の加入を希望する女性の方のみご回答ください。
※疾病に関する補償が「がん補償」「介護一時金」「所得補償」に限られている契約をお申込みの方は回答不要です。

●以下の①、②いずれかに該当する項目はありますか。

- ①今までに妊娠または分娩に伴う病気・症状(帝王切開を含みます)で医師の治療を受けたことがある。
※下記「妊娠または分娩に伴う病気・症状の例」をご参照ください。
- ②現在、妊娠している。

はい

「妊娠または分娩に伴う病気・症状」※を補償対象外としてお引き受けします。
※具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードO00からO79、O81からO99に規定されたものとし、分類項目の内容については、厚生労働省大臣官房統計情報部「疾病・傷害および死因統計分類提要CD-10(2003年版)準拠」によります。告知回答欄(本人用)の質問3の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄に「64」をご記入ください。

いいえ

「補償開始日から1年以内に発病した妊娠または分娩に伴う病気・症状」を補償対象外としてお引き受けします。
※上記の条件は初年度加入時から1年間の限定であり、2年目以降は適用しません。告知回答欄(本人用)の質問3の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄に「99」をご記入ください。

いいえ

告知回答欄(本人用)の質問3は「いいえ」に○印をしてください。

質問 3
L1A
はい ①
いいえ ②

注意

- ・質問事項に対する回答の記載がない場合や回答内容が事実と異なっている場合は、ご契約が解除され保険金が支払われないことがあります。
- ・ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合や「特定疾病等補償対象外」等の特別な条件を付けてお引き受けする場合があります。あらかじめご了承ください。また、特定疾病等補償対象外の場合には、次年度以降も原則として同条件での継続となります。
- ・ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始時より前に原因が発生した病気やケガについては、保険金をお支払いできません(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いすることができます)。
- ・継続して加入する方で、「疾病コード」欄に下記「病気・症状一覧表」の群名コード以外のコードが印字されている場合の補償対象外となる病気・症状の範囲は、別紙「健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)の解説」に記載していますのでご確認ください。

群名コード

病気・症状一覧表									
A群	B群	C群	D群	E群	F群	H群	I群	その他の	
A1	X1	C1	D1	E1	F1	H1	Y1		
脳・循環器系の 疾病	呼吸器系の 疾病	消化器系の 疾病	肝臓系の 疾病	胆のう・すい 臓系の疾病	腎臓・泌尿器系の 疾病	婦人科系の 疾病	骨・筋肉の 疾病	その他の 疾病	
●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血管性、脳塞栓性、一過性脳虚血発作(TIA)など) ●脳腫瘍 ●脳梗死 ●脳動脈硬化症 ●脳動脈狭窄症 ●脳神経腫瘍 ●心筋こうそく ●心臓弁膜症	●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺炎 ●肺がん ●食道がん ●かいよう性大腸炎 ●クロン病	●胃・腸の がん ●食道がん ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎	●肝臓の がん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎	●胆のう・すい臓の がん ●すい炎	●腎臓・膀胱・前立腺の がん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腎 ●尿毒症	●子宮がん ●卵巣がん	●リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患) ●脊椎カリエス ●後縦靭帯骨化症 ●筋ジストロフィー症 ●重症筋無力症	●精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害 ※1 ●膠原(こうげん)病 ●血友病 ●カリエス ●厚生労働省指定の難病(ただし、メニエール病を除きます) ※2	●精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害 ※1 ●膠原(こうげん)病 ●血友病 ●カリエス ●厚生労働省指定の難病(ただし、メニエール病を除きます) ※2

厚生労働省指定の難病の例(2019年3月現在)

パーキンソン病関連疾患、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、皮膚筋炎/多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、網膜色素変性症、腎臓小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)、サルコイドシス、ベーチェット病、原発性胆汁性肝硬変 など

【記入例】

疾病に関する補償が「がん」に限られている契約をお申込みの方は質問1のみご回答ください

質問3は女性のみご回答ください

※ 健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)				
質問 1	質問 2	質問 3	特定疾病等対象外欄	
LKA	LKH	L1A	506 疾病コード R0	
はい ①	はい ①	はい ①	507 疾病・症状名 カナ (R0の場合のみ記入)	
いいえ ②	いいえ ②	いいえ ②	コウジョウセン キノウタイカショウ	

「疾病・症状名」欄に病名を記載する場合のご注意 - 「病気・症状一覧表」に該当する病名がないことをご確認ください。

「病気・症状一覧表」の甲欄、乙欄に該当する病気・症状の具体名を「疾病・症状名」欄に記入して加入した場合は、加入申込票兼被保険者明細書提出後であっても、保険期間の開始時から条件を訂正することまたはご加入の取り消しをすることがあります。

ケガ～普通傷害・家族傷害・交通事故傷害プラン～／親介護～親介護プラン～ <加入申込票>

(団体総合生活補償保険 傷害補償(MS&AD 型)特約)

記入方法につきましては、別冊「特に重要なお知らせ」の P7 をご覧ください。

*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。

*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 令和 年 月 日 ※「脱退」の場合は加入者欄(氏名・所属(部・課(室)名)・組合員番号)をご記入ください。

申込 人 (加入者)	フリガナ			TEL (携帯)	— —	
	氏名(自署)	フルネームで署名してください				
	自宅住所	〒 —				
	所属 (部・課(室)名)		〔生協記入欄〕 組合員番号			
			〔生協記入欄〕 所属コード			

- 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番号に○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。
- 「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同意のうえお申込みください。

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)	フリガナ	男 女	S・H・R 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	・日常生活賠償 F2
						C1	C2	C3	・携行品損害 F3(本人型)
						D1	D2	D3	・携行品損害 F4(夫婦型)
	交通事故 傷害				E1 口数: □		E2 口数: □	・日常生活賠償 F2	
	親介護 ★1をご記入ください				傷害死亡・後遺障害		S		
親介護一時金		G1 G2 G3							
◆団体との関係					月払保険料		円		
住所(加入者と異なる場合のみ記入)									

★1 S + G1・G2・G3を選択した場合
(親介護一時金支払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 令和 年 月 日 <告知者ご署名>		
	T・S・R 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・R 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・R 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・R 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 万円	傷害入院保険金日額 合計 円	傷害通院保険金日額 合計 円	賠償支払限度額・保険金額 合計 万円
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事故で保険金(合計して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、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガおよび損害賠償責任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)。

◆団体との関係 下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。

団体の 1: 構成員(組合員) 本人
上記「1」の 2: 配偶者 3: 子ども 4: 両親 5: 兄弟姉妹 6: 同居の親族

- 保険期間(ご契約期間): 令和2年10月1日午後4時から1年間
- 保険料払込方法: 令和2年12月より下記①～③のいずれかにより払込みいただきます。(月払)
①生協への登録口座より引落し ②給与控除 ③生協より別途請求
- 加入者証配布時期: 令和2年10月末～11月末頃

<引受保険会社> あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

親介護一時金・休業専用 健康状態告知書質問事項、健康状態告知書質問事項回答欄記入要領および解説

団体総合生活補償保険

団体総合生活補償保険の親介護一時金、親の介護による休業補償に今回新たに参加する方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、加入申込票兼被保険者明細書の「親介護一時金・休業専用 健康状態告知書質問事項回答欄(以下「告知回答欄(親介護一時金・休業専用)」)といえます)に告知日と下記の質問事項に対する回答をご記入ください。

- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、告知回答欄(親介護一時金・休業専用)へのご記入は不要です。
- 親介護一時金支払特約は、特約被保険者となる方に被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、被保険者ご本人が特約被保険者の健康状態を回答してください。また、親の介護による休業補償特約は、被保険者ご本人が介護対象者の健康状態を確認し回答してください。
(注)被保険者ご本人とは、加入申込票兼被保険者明細書の被保険者ご本人欄に記載された方をいいます。また、回答する被保険者ご本人の満年齢が15才未満の場合は、親権者の方が回答してください。
- 質問に該当する場合は「はい」、該当しない場合は「いいえ」に○印をしてください。

【告知質問の解説】

- ①について、悪性・良性の区別がつかない場合は、検査結果が出た後にお申込みください。
- ②の「医師」には歯科医師を含み、柔道整復師・指圧師・鍼灸師は含みません(以下の質問も同様です)。
- ③の「他人の介護や付き添いを受けている」とは、日常生活上の行為を行うにあたり、何らかのかたちで他人の力を借りている状態をいいます。
- ④の「要介護・要支援の認定申請をしたことがある」とは、過去に要介護・要支援認定の申請を行ったが、非該当となった場合も含みます。
- ⑤の「就床中」とは、食事、排泄、入浴等の日常生活を営むうえで最低限の行為を行う以外は、終日床について寝ているような状態をいいます。告知日現在において入院しなくても、医師により入院・手術をすすめられている場合も該当します。
- 「要検査」または「要精密検査」の指示を受けており、現在病名が確定していない場合には、検査を受検し、正式な病名(診断名)が確定した後にお申込みください。

【病気・症状一覧表の解説】

- ①「脳卒中」について
- 心臓内の血管の障害で急激に発症する病気の総称です。脳出血(血管が破れること)や脳こうそく(血管が詰まること)は脳卒中の一種です。
- ②「精神障害」について
- 精神障害には、「うつ病」「躁病」「統合失調症」などの精神病、「パニック障害」「適応障害」などの神経症のほか、「非器質性睡眠障害」「心因反応」などが含まれます。
- ③厚生労働省指定の難病について
- 具体的な例は右表「厚生労働省指定の難病の例」のとおりですが、最新の内容は「難病情報センター」ホームページ (<http://www.nanbyou.or.jp/>) をご確認ください。

質問事項																																								
＜質問＞ 健康状態に関するご質問 親介護一時金、親の介護による休業補償の加入を希望する方はご回答ください。 ※病気・症状名が不明な方や検査等の結果待ちの方は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。 ●以下の①～⑥いずれかに該当する項目はありますか。 ①今まで「がん」(悪性新生物をいい、上皮内がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫瘍を含みます)にかかったことがある。または、現在医師から「がん」の検査を受けるように指示されている。 ②今までに医師から「糖尿病」「高血糖症」「耐糖能異常」と診断されたことがある。または、現在医師からこれらの検査を受けるように指示されている。 ③現在、日常生活上の行為を行う際に、他人の介護や付き添い(一部介助・見守り・支えを含みます)を受けている。 ※日常生活上の行為とは、食事・歩行・寝返り・立ち上がり・入浴・排泄・衣類着脱・金銭の管理をいいます。 ④今までに、公的介護保険制度の要介護・要支援認定を受けたこと、または要介護・要支援の認定申請をしたことがある。 ⑤現在、医療機関に入院中、介護施設に入所中、もしくは療養のため就床中である。または医師より入院・手術をすすめられている。 ⑥過去5年以内に、下記の「病気・症状一覧表」の甲欄に掲載されている病気・症状により、医師の診察・検査・治療(医師の指示による服薬を含みます)を受けたことがある。																																								
病気・症状一覧表 <table border="1"> <thead> <tr> <th>A群</th> <th>B群</th> <th>C群</th> <th>D群</th> <th>E群</th> <th>F群</th> <th>G群</th> <th>H群</th> <th>I群</th> <th>K群</th> </tr> <tr> <th>脳・循環器系の疾病</th> <th>呼吸器系の疾病</th> <th>消化器系の疾病</th> <th>肝臓系の疾病</th> <th>胆のう・すい臓系の疾病</th> <th>腎臓・泌尿器系の疾病</th> <th>婦人科系の疾病</th> <th>骨・筋肉の疾病</th> <th>その他の疾病</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓症、脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など) ●脳腫瘍 ●脳梗死 ●動脈硬化症 ●動脈狭窄症 ●動脈瘤 ●心筋こうそく </td> <td> ●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺炎腫 ●間質性肺炎 ●肺線維症 ●気管支炎 </td> <td> ●胃・腸のがん ●食道がん ●かいよう性大腸炎 ●クローン病 </td> <td> ●肝臓のがん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎 </td> <td> ●胆のう・すい臓のがん ●すい炎 </td> <td> ●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腎 ●尿毒症 </td> <td> ●子宮がん ●卵巣がん </td> <td> ●リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患) ●脊椎カリエス ●後縦靱帯骨化症 ●筋ジストロフィー症 ●重症筋無力症 </td> <td> ●精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害※ ●膠原(こうげん)病 ●血友病 ●カリエス ●厚生労働省指定の難病(ただし、メニエール病を除きます)…………… </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ※具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によります。										A群	B群	C群	D群	E群	F群	G群	H群	I群	K群	脳・循環器系の疾病	呼吸器系の疾病	消化器系の疾病	肝臓系の疾病	胆のう・すい臓系の疾病	腎臓・泌尿器系の疾病	婦人科系の疾病	骨・筋肉の疾病	その他の疾病		●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓症、脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など) ●脳腫瘍 ●脳梗死 ●動脈硬化症 ●動脈狭窄症 ●動脈瘤 ●心筋こうそく	●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺炎腫 ●間質性肺炎 ●肺線維症 ●気管支炎	●胃・腸のがん ●食道がん ●かいよう性大腸炎 ●クローン病	●肝臓のがん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎	●胆のう・すい臓のがん ●すい炎	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腎 ●尿毒症	●子宮がん ●卵巣がん	●リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患) ●脊椎カリエス ●後縦靱帯骨化症 ●筋ジストロフィー症 ●重症筋無力症	●精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害※ ●膠原(こうげん)病 ●血友病 ●カリエス ●厚生労働省指定の難病(ただし、メニエール病を除きます)……………		
A群	B群	C群	D群	E群	F群	G群	H群	I群	K群																															
脳・循環器系の疾病	呼吸器系の疾病	消化器系の疾病	肝臓系の疾病	胆のう・すい臓系の疾病	腎臓・泌尿器系の疾病	婦人科系の疾病	骨・筋肉の疾病	その他の疾病																																
●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓症、脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など) ●脳腫瘍 ●脳梗死 ●動脈硬化症 ●動脈狭窄症 ●動脈瘤 ●心筋こうそく	●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺炎腫 ●間質性肺炎 ●肺線維症 ●気管支炎	●胃・腸のがん ●食道がん ●かいよう性大腸炎 ●クローン病	●肝臓のがん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎	●胆のう・すい臓のがん ●すい炎	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腎 ●尿毒症	●子宮がん ●卵巣がん	●リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患) ●脊椎カリエス ●後縦靱帯骨化症 ●筋ジストロフィー症 ●重症筋無力症	●精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害※ ●膠原(こうげん)病 ●血友病 ●カリエス ●厚生労働省指定の難病(ただし、メニエール病を除きます)……………																																
厚生労働省指定の難病の例(2019年3月現在) パーキンソン病関連疾患、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、皮膚筋炎／多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、網膜色素変性症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)、サルコイドーシス、ベーチェット病、原発性胆汁性肝硬変 など																																								
①注記欄 ・質問事項に対するご回答の記載がない場合やご回答の内容が事実と異なっている場合は、ご契約が解除され保険金が支払われないことがあります。 ・ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合がありますので、あらかじめご了承ください。 ・ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始時より前に原因が発生した要介護状態については、保険金をお支払いできません(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いすることがあります)。																																								

記入例

親介護一時金支払特約は特約被保険者、親の介護による休業補償特約は介護対象者の氏名をカナで記入してください。

加入される特約を選び○をしてください。
※プランにより加入できる特約が異なりますのでご注意ください。

親介護一時金・休業		親介護一時金支払特約		親の介護による休業補償特約		付付のセットにご加入される場合、下記をご記入ください。	
特約区分	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	※生年月日	※○年令	※質問	※確認方法	※告知者ご署名欄	
V1A カナ	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1B	※生年月日	V1C	※○年令	V1D	※告知者ご署名欄
V1E	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1F	※生年月日	V1G	※○年令	V1H	※告知者ご署名欄
V1I	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1J	※生年月日	V1K	※○年令	V1L	※告知者ご署名欄
V1M	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1N	※生年月日	V1O	※○年令	V1P	※告知者ご署名欄
V1Q	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1R	※生年月日	V1S	※○年令	V1T	※告知者ご署名欄
V1U	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1V	※生年月日	V1W	※○年令	V1X	※告知者ご署名欄
V1Y	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1Z	※生年月日	V1AA	※○年令	V1AB	※告知者ご署名欄
V1AC	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1AD	※生年月日	V1AE	※○年令	V1AF	※告知者ご署名欄
V1AG	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1AH	※生年月日	V1AI	※○年令	V1AJ	※告知者ご署名欄
V1AK	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1AL	※生年月日	V1AM	※○年令	V1AN	※告知者ご署名欄
V1AO	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1AP	※生年月日	V1AQ	※○年令	V1AR	※告知者ご署名欄
V1AS	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1AT	※生年月日	V1AU	※○年令	V1AV	※告知者ご署名欄
V1AW	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1AX	※生年月日	V1AY	※○年令	V1AZ	※告知者ご署名欄
V1BA	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1BB	※生年月日	V1BC	※○年令	V1BD	※告知者ご署名欄
V1BE	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1BF	※生年月日	V1BG	※○年令	V1BH	※告知者ご署名欄
V1BI	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1BJ	※生年月日	V1BK	※○年令	V1BL	※告知者ご署名欄
V1BM	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1BN	※生年月日	V1BO	※○年令	V1BP	※告知者ご署名欄
V1BQ	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1BR	※生年月日	V1BS	※○年令	V1BT	※告知者ご署名欄
V1BU	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1BV	※生年月日	V1BW	※○年令	V1BX	※告知者ご署名欄
V1BY	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1BZ	※生年月日	V1CA	※○年令	V1CB	※告知者ご署名欄
V1C1	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1C2	※生年月日	V1C3	※○年令	V1C4	※告知者ご署名欄
V1C5	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1C6	※生年月日	V1C7	※○年令	V1C8	※告知者ご署名欄
V1C9	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1CA	※生年月日	V1CB	※○年令	V1CC	※告知者ご署名欄
V1CD	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1CE	※生年月日	V1CF	※○年令	V1CG	※告知者ご署名欄
V1CH	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1CI	※生年月日	V1CJ	※○年令	V1CK	※告知者ご署名欄
V1CL	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1CM	※生年月日	V1CN	※○年令	V1CO	※告知者ご署名欄
V1CP	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1CQ	※生年月日	V1CR	※○年令	V1CS	※告知者ご署名欄
V1CT	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1CU	※生年月日	V1CV	※○年令	V1CW	※告知者ご署名欄
V1CX	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1CY	※生年月日	V1CZ	※○年令	V1D1	※告知者ご署名欄
V1D5	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1D6	※生年月日	V1D7	※○年令	V1D8	※告知者ご署名欄
V1D9	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1DA	※生年月日	V1DB	※○年令	V1DC	※告知者ご署名欄
V1DD	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1DE	※生年月日	V1DF	※○年令	V1DG	※告知者ご署名欄
V1DH	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1DI	※生年月日	V1DJ	※○年令	V1DK	※告知者ご署名欄
V1DL	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1DM	※生年月日	V1DN	※○年令	V1DO	※告知者ご署名欄
V1DP	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1DQ	※生年月日	V1DR	※○年令	V1DS	※告知者ご署名欄
V1DT	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1DU	※生年月日	V1DV	※○年令	V1DW	※告知者ご署名欄
V1DX	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1DY	※生年月日	V1DZ	※○年令	V1E1	※告知者ご署名欄
V1E5	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1E6	※生年月日	V1E7	※○年令	V1E8	※告知者ご署名欄
V1E9	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1EA	※生年月日	V1EB	※○年令	V1EC	※告知者ご署名欄
V1ED	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1EE	※生年月日	V1EF	※○年令	V1EG	※告知者ご署名欄
V1EH	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1EI	※生年月日	V1EJ	※○年令	V1EK	※告知者ご署名欄
V1EL	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1EM	※生年月日	V1EN	※○年令	V1EO	※告知者ご署名欄
V1EP	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1EQ	※生年月日	V1ER	※○年令	V1ES	※告知者ご署名欄
V1ET	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1EU	※生年月日	V1EV	※○年令	V1EW	※告知者ご署名欄
V1EX	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1EY	※生年月日	V1EZ	※○年令	V1F1	※告知者ご署名欄
V1F5	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1F6	※生年月日	V1F7	※○年令	V1F8	※告知者ご署名欄
V1F9	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1FA	※生年月日	V1FB	※○年令	V1FC	※告知者ご署名欄
V1FD	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1FE	※生年月日	V1FF	※○年令	V1FG	※告知者ご署名欄
V1FH	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1FI	※生年月日	V1FJ	※○年令	V1FK	※告知者ご署名欄
V1FL	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1FM	※生年月日	V1FN	※○年令	V1FO	※告知者ご署名欄
V1FP	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1FQ	※生年月日	V1FR	※○年令	V1FS	※告知者ご署名欄
V1FT	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1FU	※生年月日	V1FV	※○年令	V1FW	※告知者ご署名欄
V1FX	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1FY	※生年月日	V1FZ	※○年令	V1G1	※告知者ご署名欄
V1G5	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1G6	※生年月日	V1G7	※○年令	V1G8	※告知者ご署名欄
V1G9	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1GA	※生年月日	V1GB	※○年令	V1GC	※告知者ご署名欄
V1GD	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1GE	※生年月日	V1GF	※○年令	V1GG	※告知者ご署名欄
V1GH	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1GI	※生年月日	V1GJ	※○年令	V1GK	※告知者ご署名欄
V1GL	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1GM	※生年月日	V1GN	※○年令	V1GO	※告知者ご署名欄
V1GP	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1GQ	※生年月日	V1GR	※○年令	V1GS	※告知者ご署名欄
V1GT	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1GU	※生年月日	V1GV	※○年令	V1GW	※告知者ご署名欄
V1GX	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1GY	※生年月日	V1GZ	※○年令	V1H1	※告知者ご署名欄
V1H5	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1H6	※生年月日	V1H7	※○年令	V1H8	※告知者ご署名欄
V1H9	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1HA	※生年月日	V1HB	※○年令	V1HC	※告知者ご署名欄
V1HD	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1HE	※生年月日	V1HF	※○年令	V1HG	※告知者ご署名欄
V1HH	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1HI	※生年月日	V1HJ	※○年令	V1HK	※告知者ご署名欄
V1HL	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1HM	※生年月日	V1HN	※○年令	V1HO	※告知者ご署名欄
V1HP	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1HQ	※生年月日	V1HR	※○年令	V1HS	※告知者ご署名欄
V1HT	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1HU	※生年月日	V1HV	※○年令	V1HW	※告知者ご署名欄
V1HX	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1HY	※生年月日	V1HZ	※○年令	V1I1	※告知者ご署名欄
V1I5	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1I6	※生年月日	V1I7	※○年令	V1I8	※告知者ご署名欄
V1I9	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1IA	※生年月日	V1IB	※○年令	V1IC	※告知者ご署名欄
V1ID	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1IE	※生年月日	V1IF	※○年令	V1IG	※告知者ご署名欄
V1IH	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1II	※生年月日	V1IJ	※○年令	V1IK	※告知者ご署名欄
V1IL	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1IM	※生年月日	V1IN	※○年令	V1IO	※告知者ご署名欄
V1IP	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1IQ	※生年月日	V1IR	※○年令	V1IS	※告知者ご署名欄
V1IT	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1IU	※生年月日	V1IV	※○年令	V1IW	※告知者ご署名欄
V1IX	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1IY	※生年月日	V1IZ	※○年令	V1J1	※告知者ご署名欄
V1J5	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1J6	※生年月日	V1J7	※○年令	V1J8	※告知者ご署名欄
V1J9	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1JA	※生年月日	V1JB	※○年令	V1JC	※告知者ご署名欄
V1JD	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1JE	※生年月日	V1JF	※○年令	V1JG	※告知者ご署名欄
V1JH	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1JI	※生年月日	V1JJ	※○年令	V1JK	※告知者ご署名欄
V1JL	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1JM	※生年月日	V1JN	※○年令	V1JO	※告知者ご署名欄
V1JP	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1JQ	※生年月日	V1JR	※○年令	V1JS	※告知者ご署名欄
V1JT	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1JU	※生年月日	V1JV	※○年令	V1JW	※告知者ご署名欄
V1JX	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1JY	※生年月日	V1JZ	※○年令	V1K1	※告知者ご署名欄
V1K5	特約被保険者 ^(※1) ・介護対象者 ^(※2) の氏名	V1K6					

団体レジャー保険～golfer・スキー・テニス・フィッシング～ 加入申込票

記入方法につきましては、別冊「特に重要なお知らせ」のP8をご覧ください。

*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golfer保険、テニス保険、スキー・スケート保険(団体総合生活補償保険(個體型))、フィッシングプラン(団体総合生活補償保険(標準型))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 令和 年 月 日

(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。

申込人 (加入者)	所属 (部・課(室)名)			〔生協記入欄〕 組合員番号			
				〔生協記入欄〕 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		電話番号		()	
	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	◆団体との関係	※職業名・職種名	
		満才	S・H・R 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 〒						

【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)
golfer 保 険	A	3,720 円	円
ス キ ー 保 険	B	3,530 円	C 8,180 円
テ ニ ス 保 険	D	1,750 円	円
フィッシングプラン	E	7,000 円	H 3,140 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。 合計保険料 円

golfer 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 ⇒	傷害死亡・後遺障害保険金額 合計 万円	傷害入院保険金日額 合計 円	傷害通院保険金日額 合計 円	賠償支払限度額・保険金額 合計 万円
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 ⇒	傷害死亡・後遺障害保険金額 合計 万円	傷害入院保険金日額 合計 円	傷害通院保険金日額 合計 円	賠償支払限度額・保険金額 合計 万円
	※競技または指導職業(注2)	はい いいえ				
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 ⇒	傷害死亡・後遺障害保険金額 合計 万円	傷害入院保険金日額 合計 円	傷害通院保険金日額 合計 円	賠償支払限度額・保険金額 合計 万円
フィッシング プラン	※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 ⇒	傷害死亡・後遺障害保険金額 合計 万円	傷害入院保険金日額 合計 円	傷害通院保険金日額 合計 円	賠償支払限度額・保険金額 合計 万円

◆上記、各コース(golfer保険、スキー保険、テニス保険、フィッシングプラン)についての保険金請求歴をご回答ください

◇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年以内にケガまたは事故で保険金(合計して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ご確認ください。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)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、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任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。)

(注2)スキー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。

◆団体との関係 下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。

団体の 1: 構成員(組合員) 本人 左記「1」の 2: 配偶者 3: こども 4: 両親 5: 兄弟姉妹 6: 同居の親族

★保 険 期 間(ご契約期間):令和2年10月1日午後4時から1年間
★保険料払込方法:令和2年12月より下記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落し ②給与控除 ③生協より別途請求

★加入者証配布時期:令和2年10月末～11月末頃