農林水産省職員生活協同組合員のみなさまへ

団体用 傷害保険・がん保険(１年契約用)のご加入お手続きについて

契約者：農林水産省職員生活協同組合

加入依頼書送付先
取 扱 代 理 店

ＪＡ共済ビジネスサポート株式会社 保険部
メールアドレス：**hokenbu@jbs-jakyosai.co.jp**
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-9　JA 共済ビル５階
TEL：03-3514-2470
営業時間：平日　午前９:00～午後 5:00

■保険期間　令和３年９月１日午後４時から令和４年９月１日午後４時（１年間）

■お手続き方法　「団体契約専用加入依頼書」を印刷していただき、記入例をご参照のうえ、ご記入をお願いいたします。
ご記入いただいた「団体契約専用加入依頼書」を PDF に加工後、メール添付で、上記取扱代理店へお送りください。
※その他のご加入方法をご希望の方は、別途上記取扱代理店までお問い合わせください。

■お申込締切日　令和３年８月６日（金）

■中途加入について　傷害保険は、保険期間の中途でご加入いただけます。
毎月２０日お申込締切。保険期間は、申込締切日の翌月１日午後４時から令和４年９月１日午後４時までとなります。
「団体契約専用加入依頼書」を印刷していただき、記入例をご参照のうえ、ご記入をお願いいたします。
ご記入いただいた「団体契約専用加入依頼書」を PDF に加工後、メール添付で、上記取扱代理店へお送りください。
※がん保険は、保険期間の中途でご加入いただけません。

■保険料お支払い方法　保険始期日(または中途加入日)の翌月より、毎月口座振替※させていただきます。
※農林水産省職員生活協同組合にご登録いただいた口座

御中

団体契約専用加入依頼書（グループプラン-傷害保険用）

私は、「重要事項等説明書」に記載されている内容に同意し、所属する企業または団体が共栄火災海上保険株式会社と締結する保険契約への加入を依頼します。

証券番号	加入者番号

令和1年5月以降始期対応版

団体コード

加入日　令和　年　月　日

【注1】加入者と異なる方を被保険者とする契約において「死亡保険金のみの支払特約」を付帯する保険契約を締結する場合（部位・症状別保険金支払特約を付帯する場合を除きます。）は、被保険者の同意を確認させていただきますので、下記所定欄に署名をお願いします。
【注2】家族型の傷害保険で、契約締結を希望しない被保険者がいる場合は、別紙「契約対象外被保険者明細書」に対象外とする被保険者氏名を記入してください。

加入者	住所	〒　☎　－　－ (カナ) 漢字	氏名	(カナ)　自署または記名・押印　印 漢字
			生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
			所属名	(カナ)
			所属コード	
			社員コード	

（注）携行品損害、個人賠責（賠償責任）、救援者費用および住宅内生活用動産における住宅は、実際に被保険者（個人賠責（賠償責任）の場合は「被保険者（本人）」）の居住の用に供される住宅をいいます。

被保険者番号	被保険者（本人）氏名	★生年月日・満年齢	性別	契約タイプ	★☆職業職種	左記以外の場合	職種区分	職種コード
行番号	契約締結同意被保険者自署	★他の保険契約	こども総合保険	扶養者	学業費用補償特約終期日	ゴルファー保険	★☆ゴルフプロ・職業指導者告知事項	用品補償	ゴルファー家族特約	保険料（一回分）
①	【注1】【被保険者署名】この保険契約の被保険者となることに同意します。 【注2】契約対象外被保険者　有	有 無 ※有の場合は下欄に保険金額（総額）をご記入ください。	氏名（加入者と異なる場合のみ記入）(カナ) ★職業職種 (カナ)		令和　年　月　日		アマチュア　ゴルフプロ、職業指導者	ゴルフ用品一式	被保険者本人　家族	円
被保険者番号	被保険者（本人）氏名	★生年月日・満年齢	性別	契約タイプ	★☆職業職種	左記以外の場合	職種区分	職種コード
行番号	契約締結同意被保険者自署	★他の保険契約	こども総合保険	扶養者	学業費用補償特約終期日	ゴルファー保険	★☆ゴルフプロ・職業指導者告知事項	用品補償	ゴルファー家族特約	保険料（一回分）
②	【注1】【被保険者署名】この保険契約の被保険者となることに同意します。 【注2】契約対象外被保険者　有	有 無 ※有の場合は下欄に保険金額（総額）をご記入ください。	氏名（加入者と異なる場合のみ記入）(カナ) ★職業職種 (カナ)		令和　年　月　日		アマチュア　ゴルフプロ、職業指導者	ゴルフ用品一式	被保険者本人　家族	円
被保険者番号	被保険者（本人）氏名	★生年月日・満年齢	性別	契約タイプ	★☆職業職種	左記以外の場合	職種区分	職種コード
行番号	契約締結同意被保険者自署	★他の保険契約	こども総合保険	扶養者	学業費用補償特約終期日	ゴルファー保険	★☆ゴルフプロ・職業指導者告知事項	用品補償	ゴルファー家族特約	保険料（一回分）
③	【注1】【被保険者署名】この保険契約の被保険者となることに同意します。 【注2】契約対象外被保険者　有	有 無 ※有の場合は下欄に保険金額（総額）をご記入ください。	氏名（加入者と異なる場合のみ記入）(カナ) ★職業職種 (カナ)		令和　年　月　日		アマチュア　ゴルフプロ、職業指導者	ゴルフ用品一式	被保険者本人　家族	円
被保険者番号	被保険者（本人）氏名	★生年月日・満年齢	性別	契約タイプ	★☆職業職種	左記以外の場合	職種区分	職種コード
行番号	契約締結同意被保険者自署	★他の保険契約	こども総合保険	扶養者	学業費用補償特約終期日	ゴルファー保険	★☆ゴルフプロ・職業指導者告知事項	用品補償	ゴルファー家族特約	保険料（一回分）
④	【注1】【被保険者署名】この保険契約の被保険者となることに同意します。 【注2】契約対象外被保険者　有	有 無 ※有の場合は下欄に保険金額（総額）をご記入ください。	氏名（加入者と異なる場合のみ記入）(カナ) ★職業職種 (カナ)		令和　年　月　日		アマチュア　ゴルフプロ、職業指導者	ゴルフ用品一式	被保険者本人　家族	円
被保険者番号	被保険者（本人）氏名	★生年月日・満年齢	性別	契約タイプ	★☆職業職種	左記以外の場合	職種区分	職種コード
行番号	契約締結同意被保険者自署	★他の保険契約	こども総合保険	扶養者	学業費用補償特約終期日	ゴルファー保険	★☆ゴルフプロ・職業指導者告知事項	用品補償	ゴルファー家族特約	保険料（一回分）
⑤	【注1】【被保険者署名】この保険契約の被保険者となることに同意します。 【注2】契約対象外被保険者　有	有 無 ※有の場合は下欄に保険金額（総額）をご記入ください。	氏名（加入者と異なる場合のみ記入）(カナ) ★職業職種 (カナ)		令和　年　月　日		アマチュア　ゴルフプロ、職業指導者	ゴルフ用品一式	被保険者本人　家族	円

この加入依頼書に★印が付された項目は「告知事項」です。この項目の記載内容に誤りがある場合は、保険金のお支払いができないことや保険契約を解除させていただくことがありますので正しくご記入ください。
☆印が付された項目は「通知事項」ですので内容に変更がある場合はご通知いただく必要があります。
(注1) 被保険者生年月日・満年齢および扶養者職業職種は、こども総合保険の場合のみ告知事項に該当します。
(注2) 被保険者職業職種は、傷害保険の場合のみ告知事項および通知事項に該当します。ただし交通事故傷害保険・ファミリー交通傷害保険の場合は告知事項にのみ該当します。

告知日　令和　年　月　日

★他の保険契約の保険金額（総額）

行番号	傷害保険 死亡・後遺（千円）	入院日額（円）	通院日額（円）	部位・症状（円）	賠償責任保険（千円）
①					
②					
③					
④					
⑤					

(*1) 加入依頼書左欄に表示の「行番号」に応答する被保険者の内容を、左記の同一の「行番号」欄にご記入ください。
(*2) 傷害保険にご加入される場合は「傷害保険」欄の保険金額を、賠償責任保険にご加入される場合は「賠償責任保険」欄に賠償責任支払限度額をご記入ください。

（注）この保険の死亡保険金受取人は、被保険者の法定相続人とします。

加入者合計 保険料（一回分）	円

共栄火災海上保険株式会社

【団体傷害保険　記入例】※農林生協未加入の方は、農林生協へのご加入手続きが必要です。農林生協ホームページをご参照ください。

① 職場名・部署名をご記入ください。

②加入者（構成員）の【住所】
【電話番号：日中連絡が取れる番号】
【氏名（自署）】※自署の場合、押印は不要です。
【生年月日】【社員コード欄：農林生協組合員番号】
をご記入ください（所属名・所属コードは不要です）。

③被保険者本人とする方の【氏名・カナ】を
ご記入ください。「加入者（構成員）＝被保険者本人」
の場合、ご記入は不要です。
※被保険者本人は、
以下のいずれかに該当する方に限ります。
(1)加入者（構成員）
(2)加入者（構成員）の配偶者、子供、両親、兄弟姉妹
(3)(1)の同居の親族

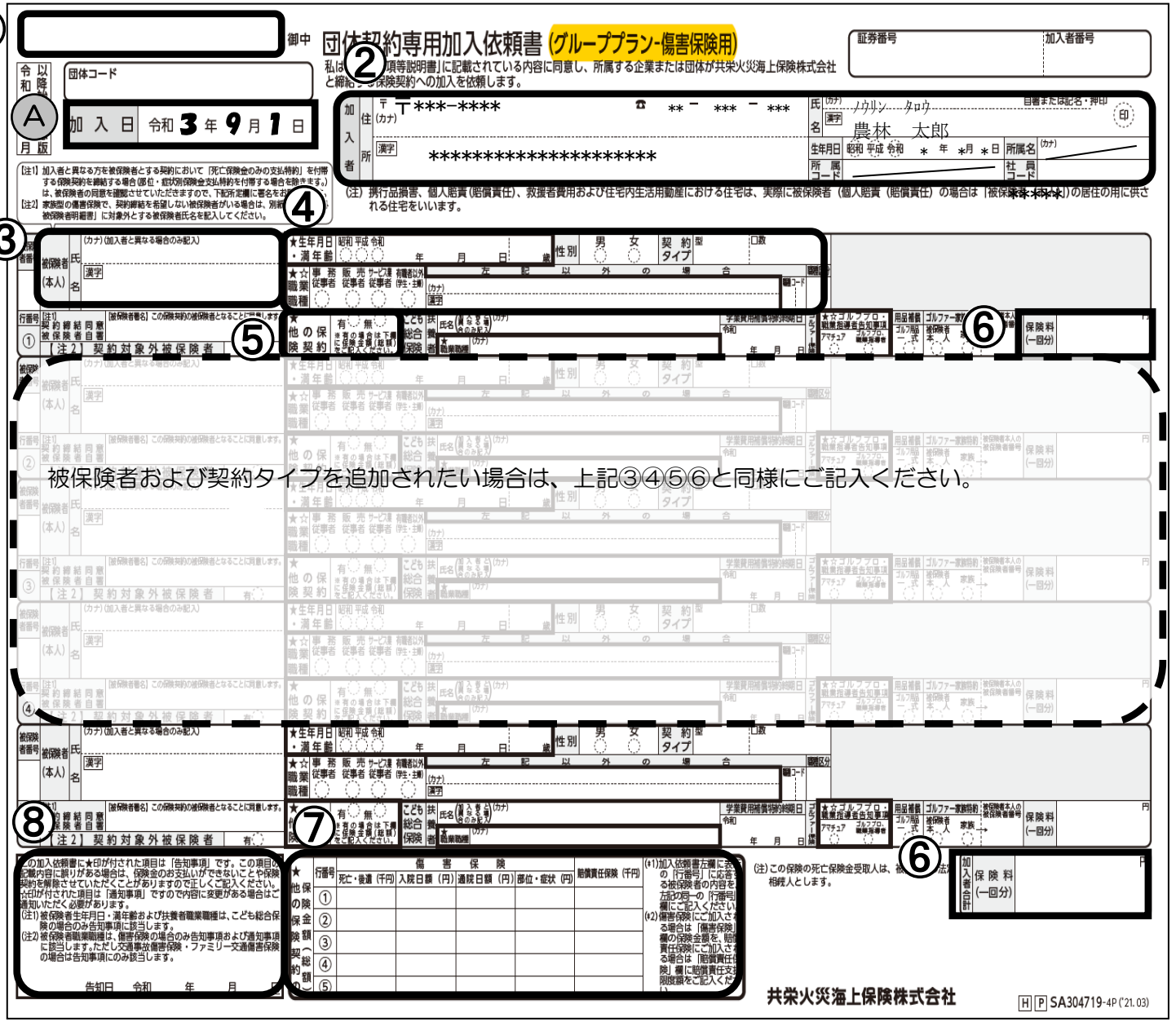
④被保険者本人とする方の【生年月日】
【年齢（R3.9.1 時点）】【性別】【契約タイプ】【口数】
【職業職種】をご記入ください。

⑤他の保険契約（被保険者本人がすでにご加入されている**「傷害保険」**）の有無につきましてご記入ください。
※賠償責任保険は他の保険契約の対象外です。

⑥パンフレット記載の月額保険料を記入してください。
また、合計保険料も記入してください。

⑦他の保険契約が「有」の場合、保険金額（総額）
をご記入ください。

⑧★印が付された項目は告知事項となりますので、
告知事項をご記入いただいた日付をご記入ください。
Ⓐ記入例通りにご記入ください。（中途加入の場合は
中途加入日をご記入ください）



団体契約専用加入依頼書

（グループプラン・がん保険（1年契約用）用）

御中

令和元年10月以降始期対応版

証券番号	加入者番号

団体コード

加入日（変更・脱退日）	令和　年　月　日

加入区分	加入	変更	脱退

私は、「重要事項等説明書」に記載されている内容に同意し、所属する企業または団体が共栄火災海上保険株式会社と締結する保険契約への加入を依頼します。

加入者	住所	〒（カナ）　☎ 漢字	氏名	（カナ）自署または記名・押印 漢字　印
			生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
			所属名	（カナ）
			所属コード	
			社員コード	

被保険者（本人）	氏名	（カナ） （自署） 漢字	★生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	★満年齢	歳	★性別	男・女	加入者からみた続柄	コード	★職業職種	事務従事者・販売従事者・サービス従事者・有職者以外（学生・主婦等） 左記以外の場合（カナ） 漢字	職種コード

保険種類															
医療保険（1年契約用）	被保険者の型	本人型	夫婦型（本人・配偶者）	家族型（本人・配偶者・子供）	（本人・子供）	契約タイプ		口数	特約	特定疾病補償対象外特約	補償対象外疾病群	補償対象外疾病コード	その他の症状・病名（カナ）	継続契約の定義に関する「特」約	合計保険料（異動の時、年間返還追加保険料） 円	増減分割保険料（分割払の異動の時、残余回目にて精算する場合） 円
がん保険（1年契約用）	被保険者の型	本人型	夫婦型（本人・配偶者）	家族型（本人・配偶者・子供）	（本人・子供）	契約タイプ		口数	契約区分	新規（全員）	継続（全員）	本人継続・本人以外新規	本人・配偶者継続・子供新規	本人・子供継続・配偶者新規	合計保険料（異動の時、年間返還追加保険料） 円	増減分割保険料（分割払の異動の時、残余回目にて精算する場合） 円
被保険者（本人）の保険金受取人（本人以外の方を保険金受取人に指定する場合にご記入ください。）	氏名	（カナ） 漢字	被保険者（本人）からみた続柄	コード	加入者合計										合計保険料（異動の時、年間返還追加保険料） 円	増減分割保険料（分割払の異動の時、残余回目にて精算する場合） 円

ご加入する保険種類に○印記入してください。

医療保険（１年契約用）・がん保険（１年契約用）健康状態告知書

＜健康状態告知書に関するご注意＞
- 新規にご契約をいただく場合、または継続してご契約いただく場合で特定疾病等補償対象外特約の削除（医療保険（１年契約用）の場合のみ）等により補償範囲を拡大されるときは、必ず健康状態告知書の質問にご回答ください。なお、継続してご契約いただく場合で前回契約と補償範囲が同一のときは、健康状態告知書へのご回答は不要となります。
- 健康状態告知書の質問はご契約をお引受けするかどうかを決める重要な事項です。必ず被保険者ご本人（満15歳未満の場合は親権者）が、ありのまま正確にもれなくご記入ください。
- もし事実を記入せず、または記入した内容が事実と違っていた場合は、ご契約が解除されたり、保険金の支払いを受けられないことがありますので、ご注意ください。
- 配偶者の告知欄については、「夫婦型」および「家族型」の場合、必ずご記入ください。
- 子供の告知欄については、「家族型」および「本人＋子供型」の場合、被保険者の対象となるお子様全員（ご加入時の年齢が満23歳未満のお子様）についてお答えください。

		質問事項	★回答欄		お引受けについて
被保険者本人の告知欄	医療保険	①次のいずれかに該当しますか。 なお、裏面の【加入できる病気・条件】については、質問にあてはまる場合でも、該当しないものとみなします。 ・最近３か月以内に、医師の治療、投薬のいずれかを受けたこと、または医師の診察、検査、治療、投薬を受けるよう指導されたことがある。 ・告知日から過去２年以内に、病気で初診日から終診日まで２週間以上の期間にわたり、医師の治療・投薬を受けたことがある。または病気・ケガで手術を受けたことがある。	はい	いいえ	■「はい」の場合、下記のいずれかの取扱いとさせていただきます。 ○裏面の【別表Ａ】「病気・症状等一覧」のＡ～Ｇ群のⅠ欄に記載されている病気・症状の場合は、この契約はお引受けできませんのでご了承願います。 ○裏面の【別表Ａ】「病気・症状等一覧」のＡ～Ｆ群のⅡ欄に記載されている病気・症状の場合は、該当する群のⅠ欄およびⅡ欄に記載された病気・症状のほか、各群の分類に関わるあらゆる病気・症状を補償対象外とします。 ○裏面の【別表Ａ】「病気・症状等一覧」のＧ群のⅠ欄に記載されている病気・症状の場合、またはＡ～Ｇ群のⅠ欄およびⅡ欄のいずれにも記載されていない病気・症状の場合は、その病気・症状のみを補償対象外とします。
		②現在、妊娠していますか。 （女性の方への質問です。男性の方は、「いいえ」に「○」をつけてください。）	はい	いいえ	■「はい」の場合、裏面の【別表Ａ】「病気・症状等一覧」のうち、Ｆ群のⅠ欄およびⅡ欄に記載された病気・症状を含め、あらゆる女性の病気を補償対象外とします。 補償対象外疾病等の「群」欄に「Ｆ」とご記入ください。
	がん保険	１．今までに、【別表Ｂ】の「がん等」と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	■「はい」の場合、このご契約はお引受けできませんのでご了承願います。
		２．次のいずれかに該当しますか。 ①最近３か月以内に、【別表Ｃ】の症状や病気あるいはその疑いで、医師の診察、検査、治療、投薬（※1）のいずれかを受けたこと、または受けるよう指導されたことがありますか。 ②過去２年以内に、健康診断（※2）、人間ドック、がん検診を受診し、【別表Ｄ】の検査の結果、異常（要再検査、要精密検査、要治療など）を指摘されたことがありますか。 ただし、要観察、要経過観察などと指摘されただけの場合を除きます。 ③過去５年以内に、【別表Ｅ】の病気で、医師の診察、検査、治療、投薬（※1）のいずれかを受けたこと、あるいは受けるよう指導されたことがありますか。 ただし、医師から完治したと診断された場合は、「いいえ」に「○」をつけてください。 （※1）投薬には、病院や診療所で薬の処方のみを受けた場合も含みます。 （※2）健康診断とは、健康維持および病気の早期発見のための診察、検査をいいます。（例えば、企業・学校が行う定期健康診断、採用時健康診断など）	はい	いいえ	■「はい」の場合、このご契約はお引受けできませんのでご了承願います。 [質問②の注意事項] 以下のいずれかに該当する場合は、「いいえ」に「○」をつけてください。 ①再検査や精密検査を受けた結果、異常がなく治療の必要が無いと診断された場合 ②【別表Ｂ】の「がん等」やその疑いが否定された場合 ③過去２年以内に、健康診断、人間ドック、がん検診を受けなかった場合
告知欄配偶者の	医療保険	上記医療保険の質問事項①、②のうち、いずれか１つでも「はい」に該当しますか。	はい	いいえ	■「はい」の場合、この契約はお引受けできませんのでご了承願います。
	がん保険	上記がん保険の質問事項１、２のうち、いずれか１つでも「はい」に該当しますか。	はい	いいえ	■「はい」の場合、この契約はお引受けできませんのでご了承願います。
告知欄子供の	医療保険	満23歳未満のお子様のうち、お一人でも上記医療保険の質問事項①、②のうち、いずれか１つでも「はい」に該当しますか。	はい	いいえ	■「はい」の場合、この契約はお引受けできませんのでご了承願います。 ※満23歳未満のお子様全員が上記医療保険の質問事項の「いいえ」に該当する場合のみ、この契約をお引受けできます。
	がん保険	満23歳未満のお子様のうち、お一人でも上記がん保険の質問事項１、２のうち、いずれか１つでも「はい」に該当しますか。	はい	いいえ	■「はい」の場合、この契約はお引受けできませんのでご了承願います。 ※満23歳未満のお子様全員が上記がん保険の質問事項の「いいえ」に該当する場合のみ、この契約をお引受けできます。

配偶者	氏名	自署（カナ） 漢字	加入内容・告知内容を了知し、重要事項等説明書の記載内容に同意します。
	★生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	★年齢　満　歳　★性別　男・女

子供	※4人以上いる場合は、裏面にご記入ください。	氏名	昭和・平成・令和　年　月　日生　満　歳　男・女
		氏名	昭和・平成・令和　年　月　日生　満　歳　男・女
		氏名	昭和・平成・令和　年　月　日生　満　歳　男・女

被保険者（本人）の同意（自署）	令和　年　月　日	健康状態告知書に記載した内容は事実に相違ありません。また、加入内容を了知するとともに、「重要事項等説明書」に記載されている内容に同意します。

続柄コード表	01 本人	02 配偶者	03 父母	04 子	05 兄弟姉妹	06 祖父母	07 孫
	08 その他親族	10 雇用主（法人）	11 雇用主（個人事業主）	12 従業員・使用人	13 役員	99 その他の続柄	

★他の同種の保険

		医療保険		がん保険	
		無・有（当社のみ）・有（他社含む）・有（別紙）		無・有（当社のみ）・有（他社含む）・有（別紙）	
医療保険	被保険者（本人）	保険金日額（総額）　疾病入院　円　傷害入院　円	がん保険	被保険者（本人）	保険金日額（総額）　入院　円
	配偶者	保険金日額（総額）　疾病入院　円　傷害入院　円		配偶者	保険金日額（総額）　入院　円
	子供	保険金日額（総額）　疾病入院　円　傷害入院　円		子供	保険金日額（総額）　入院　円

他の同種の保険契約が有の場合は、下記を記入してください。なお、全てを記入できない場合は、「有（別紙）」に○印をした上で、別紙「他保険契約付属告知書」に被保険者毎の契約内容を記入してください。

この加入依頼書に★印が付された項目は「告知事項」です。この項目の記載内容に誤りがある場合は、保険金のお支払いができないことや保険契約を解除させていただくことがありますので正しくご記入ください。

（注）職業職種は、医療保険の場合のみ、告知事項に該当します。

告知日　令和　年　月　日

（注１）告知欄の質問はご契約をお引受けするかどうかを決める重要な事項です。必ず被保険者本人（満15歳未満の場合は親権者）が、ありのままを正確にもれなくご記入ください。
（注２）もし事実を記入せず、または記入した内容が事実と違っていた場合は、契約が解除されたり、保険金のお支払が受けられないことがありますのでご注意ください。
（注３）配偶者の告知欄については、「夫婦型」および「家族型」の場合、必ずご記入ください。
（注４）子供の告知欄については、「家族型」および「本人＋子供型」の場合、被保険者の対象となるお子様全員（ご加入時の年齢が満23歳未満のお子様）についてお答えください。

親権者の承認欄

被保険者が満15歳未満の場合は、「健康状態告知書」欄へは親権者がご回答いただき、その方が「親権者の承認欄」にご署名ください。なお、親権者がいない場合には、後見人（未成年後見人）の方が「健康状態告知書」欄にご回答いただき、「親権者の承認欄」にご署名ください。

氏名（自署）

氏名（自署）

共栄火災海上保険株式会社

【加入できる病気・条件】

病　気	条　件
かぜ、インフルエンザ、急性胃炎、急性腸炎、急性胃腸炎	完治している場合
高血圧、脂質異常症（高脂血症）、高尿酸血症、痛風	医師から投薬が必要ないと診断されている場合
花粉症、虫歯、歯科矯正、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性皮膚炎、水虫、鉄欠乏性貧血	条件なし（治療中でも加入可能）

子供（4人目以降）	氏名 昭和 平成 令和　年　月　日生 満　歳 男 女 氏名 昭和 平成 令和　年　月　日生 満　歳 男 女

【別表A】病気・症状等一覧

群＼欄		Ⅰ欄（ご加入いただけない病気・症状）	Ⅱ欄
A群	循環器関係の病気	脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳こうそく（脳血栓、脳塞栓）、脳軟化、一過性脳虚血発作を含む）、心臓弁膜症、心房細動、心筋こうそく、心筋症、狭心症、心筋炎	高血圧（医師から投薬が必要と診断されている場合）
B群	肺・気管支の病気	結核、肺のがん、ぜんそく	胸膜炎（ろく膜炎）、慢性気管支炎、肺気腫
C群	胃腸の病気	胃・腸のがん	胃・腸のかいようまたはポリープ、腹膜炎
D群	肝臓胆のう臓すい臓の病気	肝臓・胆のう・すい臓のがん、肝硬変	胆石、胆のう炎、すい臓炎、肝炎、肝肥大
E群	腎臓泌尿器の病気	慢性腎炎、ネフローゼ、腎臓のがん、腎不全	急性腎炎、腎盂炎、腎臓・膀胱・尿路などの結石
F群	女性の病気	子宮がん	子宮筋腫、子宮内膜炎、卵巣のう腫、妊娠関係の病気（平成27年2月13日総務省告示第35号に定められた分類項目中の分類番号O00～O99までの疾病をいいます。）
G群	その他	悪性しゅよう（各種のがん、肉腫）、糖尿病、白血病、精神障害（うつ病、統合失調症、自閉症、認知症、てんかん、ノイローゼ、神経症、発達障害を含む）、カリエス、膠原病、血友病、エイズ、厚生労働省の指定した難病	07.リューマチ、08.椎間板ヘルニア、09.骨髄炎、10.バセドウ病、11.梅毒などの性病、12.神経痛、13.痛風、14.むちうち症、15.頭部外傷による後遺症、16.痔疾、17.白内障（そこひ）、18.蓄膿症、19.中耳炎、20.腸閉塞、21.職業病（具体的な病気・症状名を申込書表面の所定欄にご記入ください。）、00.その他（具体的な病気・症状名を申込書表面の所定欄にご記入ください。）

（注）特定の疾病を補償対象外としてお引受けする場合、A～F群についてはⅠ欄およびⅡ欄に記載された病気・症状のほか、各群の分類に関わるあらゆる病気・症状が補償対象外となります。例えばA群を特定疾病補償対象外としてお引受けした場合には、A群のⅠ欄およびⅡ欄に記載された病気・症状を含む循環器に関わる全ての病気・症状が補償対象外となります。

【別表B】がん等

がん（癌、悪性腫瘍、悪性新生物、肉腫、骨髄腫、MDS（骨髄異形成症候群、不応性貧血）、SCCなどを含む）
上皮内がん（上皮内癌、上皮内腫瘍、上皮内新生物、CIS、AIS、ボーエン病（ボウエン病）、高度異型上皮、高度異形成、CINⅢなどを含む）
胸腺腫、黒色腫（黒皮腫、メラノーマ）、中皮腫、白血病、悪性リンパ腫、GIST（ジスト・ギスト・消化管間質腫瘍）、カルチノイド（神経内分泌腫瘍、NET、NEC）、境界悪性腫瘍、HSIL（高度扁平上皮内病変）、ASC－US（意義不明な異型扁平上皮細胞）、ASC－H（HSILを除外できない異型扁平上皮細胞）、AGC（異型腺細胞）

【別表C】症状、病気

症　状	出血（便潜血・不正出血・喀血・吐血・下血・血尿）、貧血（鉄欠乏性貧血を除く）、黄疸、びらん、しこり
病　気	がん等（【別表B】と同じ）、ポリープ、結節、腫瘤、消化管（※）の潰瘍（かいよう）・狭窄（きょうさく） ※口、咽頭、食道、胃、小腸（十二指腸、空腸、回腸）、大腸（盲腸、虫垂、結腸、直腸）、肛門

【別表D】検査

胸部レントゲン（X線）検査、上部消化管（食道、胃、小腸（十二指腸））・下部消化管（大腸（盲腸、結腸、直腸））レントゲン（X線）検査・内視鏡検査、腹部・乳房超音波検査、マンモグラフィ検査、便潜血検査、尿潜血検査、肝炎ウイルス検査（B型（ＨＢｓ抗原）・C型（ＨＣＶ抗体））、ＣＴ検査、ＭＲＩ検査、ＰＥＴ検査、脳ドック、腫瘍（しゅよう）マーカー（ＣＥＡ・ＡＦＰ・ＣＡ１９－９・ＰＳＡなど）、病理検査、細胞診、組織診

【別表E】病気

消化器の病気	バレット食道、食道静脈瘤、潰瘍（かいよう）性大腸炎、クローン病、肝硬変、肝線維症、慢性肝炎、非アルコール性脂肪肝炎（ＮＡＳＨ）、門脈圧亢進症、慢性膵（すい）炎
呼吸器の病気	慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、肺気腫、慢性気管支炎、間質性肺炎、肺線維症、気管支拡張症、じん肺、けい（珪）肺、アスベスト（石綿）肺
腎臓の病気	慢性腎不全（透析を伴う場合）、尿毒症
その他の病気	脳腫瘍、白板症、紅板症、日光角化症（老人性角化腫）、多発性ポリープ（ポリポーシス）、異型上皮（軽度・中等度）、異形成（軽度・中等度）、CIN Ⅰ、CIN Ⅱ、LSIL（軽度扁平上皮内病変）、子宮内膜異型増殖症、卵巣チョコレートのう胞、糖尿病（インスリン治療、または合併症（※）を伴う場合） （※）合併症とは、糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害をいいます。

【団体がん保険　記入例】※農林生協未加入の方は、農林生協へのご加入手続きが必要です。農林生協ホームページをご参照ください。

① 職場名・部署名をご記入ください。

②加入者（構成員）の【住所】
【電話番号：日中連絡が取れる番号】
【氏名（自署）】※自署の場合、押印は不要です。
【生年月日】【社員コード欄：農林生協組合員番号】
をご記入ください（所属名・所属コードは不要です）。

③被保険者本人とする方の【氏名・カナ】【生年月日】
【満年齢（R3.9.1 時点）】【性別】【加入者からみた続柄（続柄コード表を参照ください）】【職業職種】を
ご記入ください。
※被保険者本人は、
以下のいずれかに該当する方に限ります。
（1）加入者（構成員）
（2）加入者（構成員）の配偶者、子供、両親、兄弟姉妹
（3）（1）の同居の親族

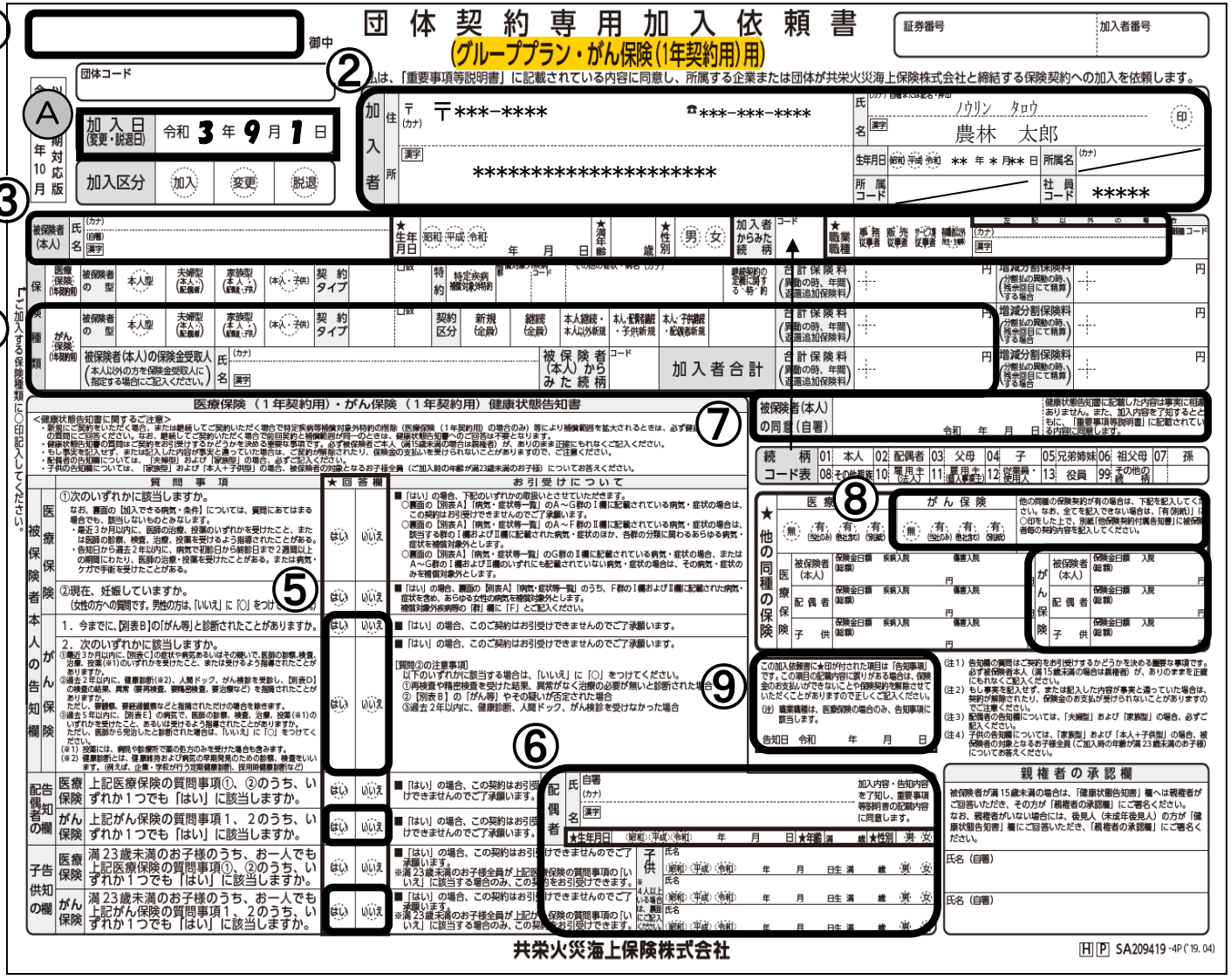
④保険種類「がん保険」に〇を付け、【被保険者の型】
【契約タイプ（タイプ・ロ数）】【契約区分】
をご記入ください。
※本契約では、がん保険のみとなり、医療保険はご加入いただけません。

⑤回答欄に〇をつけてください。
※「はい」に〇がある場合は、お引き受けできませんのでご了承ください。

⑥夫婦型・家族型にご加入の方はご記入ください。

⑦被保険者本人の方がご署名ください。

⑧他の同種の保険契約の有無についてご記入ください。

⑨★印が付された項目は告知事項となりますので、
告知事項をご記入いただいた日付をご記入ください。

Ⓐ 記入例通りにご記入ください。