

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、別紙 加入申込票 記入例をご覧ください。

- *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。
- (*) 裏面の健康状態告知書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お支払いを受けられないことがあることに同意します。「健康状態告知についてのご案内」を受け取り、内容を了解しました。

加入申込日 令和 年 月 日

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		
質問1、2が「はい」の場合、お引き受けできません。詳細は裏面をご参照ください。		質問 1 はい いいえ	質問 2 はい いいえ	上記(*)をご確認のうえ、必ず被保者ご本人がフルネームでご署名ください。 告知日 令和 年 月 日				

【告知事項】 必ずご回答ください。「有」の場合は「有」に○印のうえ、必ず右欄に詳細をご記入ください。(ご記入のない場合、「無」と回答したことになります。)

※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	⇒	会社名	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、生命保険契約、共済契約を含みます)。

★保 険 期 間(ご契約期間): 令和6年10月1日午後4時から1年間

★保険料払込方法: 令和7年1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6年10月末～11月末

【引受保険会社】 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

団体長期障害所得補償保険

ご注意

- ・健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、別紙「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。また、ご加入される補償のみご回答ください。
- ・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。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日より前に原因が発生した病気やケガ、親介護一時金の要介護状態については、保険金をお支払いできません(病気やケガの始期前治療について、普通保険約款および協定事項明細書(協定書)の定めにより保険金をお支払いできることがあります。また、親介護一時金の要介護状態について、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)。
- ・継続して加入する場合、補償内容を拡大する契約条件の変更がない場合は、健康状態告知書質問事項回答欄への記入は不要です。

基本補償 **にご加入の方**

- 被保険者ご本人がご回答ください。なお、下表に記載があるケガや病気については告知不要です。

告知対象外となるケガ・病気一覧

- ケガ(ただし、以下については、病気として告知対象となります) ●正常分娩

脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、椎間板
 害、腰椎分離すべり症、椎骨骨折すべり症、突発性腰痛症（ギックリ腰）、半月板損傷、ばね指（手指屈筋腱腱鞘炎）、骨関節炎、関
 内腔、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

<質問1> 基本補償 にご加入の方

- 次のいずれかに該当しますか。
- ① 告知日(ご記入日)現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※をすすめられている。
- ② 告知日(ご記入日)より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。
- ※再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものにおける、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。

「手術」には、内視鏡・腹腔鏡・レーザー・カテーテル・超音波・衝撃波によるものなどを含みます。なお、入院の有無は問いません。

「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)。

お引き受けできませんので、ご了承ください。

いいえ

<質問2> 基本補償 にご加入の方

- 告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査※・治療(投薬を含みます)を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。
- ①「がん」、「上皮がん」
- ②「糖尿病」、「高血糖症」、「耐糖能異常」
- ③「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」
- ※検査結果が異常ななかった場合は「いいえ」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察の場合は「はい」となります。

「医師による治療」には注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを含みます。なお、市販のビタミン剤の服用など、病気の治療ではなく健康増進のための行為は含みません。

③について、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)進捗」によりします。

いいえ

お引き受けします。

回答欄記入例 回答が「いいえ」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者ご署名欄」に告知日を記入のうえ、署名してください。

親介護一時金 以外用

回答を記入してください。

[illegible]

再告知のうえ、特定疾病を補償対象外とする条件削除する場合、疾病コード・疾病・症状名を二重線で除し、訂正署名または訂印をしてください。

告知日を記入のうえ、署名してください。

親介護一時金 専用

特約被保険者の
氏名をカナで記入
してください。

親介護一時金 **にご加入の方**

- 親介護一時金支払特約の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。

＜質問＞ **親介護一時金** にご加入の方

*病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。

- 次のいずれかに該当しますか。
- ① 歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。
 - ② 公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。
 - ③ 告知日(ご記入日)より過去2年以内に、医師により、下表の「病名・症状一覧」記載の病気や症状と診断されたことがある。

①は、告知日(ご記入日)現在の状態をご回答ください。また、「他人の介護が必要である」とは、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。

②の「要介護認定申請をしたことがある」とは、過去に要介護認定の申請を行った結果、非該当となった場合を含みます。

「親介護一時金」は、お引き受けできませんので、ご了承ください。

いいえ

「親介護一時金」をお引き受けします。

病 名 ・ 症 状 ・ 一 覧		
脳血管系	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞(脳血管栓、脳塞栓、脳軟化)等) ●脳虚血発作(一過性脳虚血発作(TIA)、可逆性虚血性神経障害(RIND)等) ●眼底出血(網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等をいい、外傷性を除きます) ●脳動脈瘤 ●脳動静脈奇形	肝臓系 ●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎※ ●C型肝炎※ ※ウイルスキャリア(感染者)を含みます
		筋・骨格系 ●後遺症のある骨折(上肢の骨折を除きます) ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 ●脊柱管狭窄症 ●変形関節症
心臓系	●虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞、冠不全等) ●不整脈(心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等をいい、治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます) ●心臓弁膜症(僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等) ●心内膜炎 ●心肥大(心室肥大等) ●心不全 ●心筋症 ●動脈瘤	悪性新生物 ●悪性新生物(がん、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫をいい、上皮内新生物は除きます) ●脳腫瘍
呼吸器系	●肺炎(細菌性肺炎等) ●肺線維症 ●慢性閉塞性肺疾患(COPD)(肺気腫、慢性気管支炎) ●塵肺(珪肺症、アスベスト肺症等) ●気管支喘息(終診した小児喘息を除きます)	その他 ●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●糖尿病(インシュリン等の注射剤を投与している場合に限ります) ●頭部外傷(後遺障害があると診断された場合に限ります) ●膠原病(関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます) ●精神障害(アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・知的障害・発達障害(注1) ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病(注2)
腎臓系	●慢性腎炎(増殖性腎炎、膜性腎症、IgA腎症等) ●腎不全 ●ネフローゼ症候群 ●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患	

(注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人口動態統計情報部編「疾病・傷害および死因統計分類提要」CD-10(2003年版)進捗1)によります。

(注2) 告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をい、難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)において規定する指定難病を含みます。具体的な疾患は難病情報センターのホームページ(<https://www.nanbyoukyou.or.jp>)等で確認いただけます。これらの難病と診断された方は、都道府県民の申請により医療費助給の交付を受けることができますが、交付を受けていないくても告知の対象となりますので、ご注意ください。

健康状態について、特約被保険者へ
のご説明と回答受領にあたり実際に
取られた確認方法を1つ選び○をして
ください。

回答を記入した被保険者
ご本人が署名、告知日を
記入してください。

[illegible]

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、別紙 加入申込票 記入例をご覧ください。

*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。

(*)あいおいニッセイ同和損害保険株式会社宛:別紙の健康状態告知書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お支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。「健康状態告知についてのご案内」を受け取り、内容を了解しました。

加入申込日 令和 年 月 日

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。㊦の場合は有に○印のうえ、必ず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。(ご記入のない場合、「無」と回答したことになります。)
- ※印の項目は、ご加入に際して「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、賠償責任保険等の病気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、生命保険契約、共済契約を含みます)。

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(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	
保険金請求歴	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	合計金額	円	※健康状態告知回答欄	質問1	質問2	告知者ご署名欄:必ず被保険者ご本人がフルネームで署名してください。 (上記(※)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームで署名してください。告知時における被保険者ご本人の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方がご署名ください。)
								回			「はい」の場合、該当補償についてお引き受けできません。 詳細は裏面をご参照ください。	はい	はい	はい

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(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	
保険金請求歴	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	合計金額	円	※健康状態告知回答欄	質問1	質問2	告知者ご署名欄:必ず被保険者ご本人がフルネームで署名してください。 (上記(※)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームで署名してください。告知時における被保険者ご本人の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方がご署名ください。)
								回			「はい」の場合、該当補償についてお引き受けできません。 詳細は裏面をご参照ください。	はい	はい	はい

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(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	
保険金請求歴	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	合計金額	円	※健康状態告知回答欄	質問1	質問2	告知者ご署名欄:必ず被保険者ご本人がフルネームで署名してください。 (上記(※)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームで署名してください。告知時における被保険者ご本人の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方がご署名ください。)
								回			「はい」の場合、該当補償についてお引き受けできません。 詳細は裏面をご参照ください。	はい	はい	はい

◆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				
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6年10月1日午後4時から1年間
- 保険料払込方法:令和7年1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とし ②給与控除 ③生協より別途請求
- 加入者証配布時期:令和6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

団体総合生活補償保険

ご注意

- ・健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、別紙「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。また、ご加入される補償パターンに応じてご回答ください。
- ・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。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病気やケガ、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）。
- ・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、健康状態告知書質問事項回答欄への記入は不要です。

疾病補償 がん補償 所得補償 医療費用補償 **にご加入の方**

●被保険者ご本人がご回答ください。なお、下表に記載があるケガや病気については告知不要です。

告知対象外となるケガ・病気一覧

●ケガ(ただし、以下については、病気として告知対象となります) ●正常分娩

脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、椎間板
害、腰痛症・すべり症、椎間板分離症、すべり症、突発性腰痛症（ギックリ腰）、半月板損傷、ばね指（手指屈筋腱腱鞘炎）、骨関節炎、関
内障、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

<質問1> 疾病補償 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は回答不要です。質問2の①をご回答ください。

●次のいずれかに該当しますか。

- ①告知日(ご記入日)現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※をすすめられている。
- ②告知日(ご記入日)より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。

「手術」には、内視鏡・腹腔鏡・レーザー・カテーテル・超音波・衝撃波によるものなどを含みます。なお、入院の有無は問いません。

鍼灸師は含みません(以下の質問も同様です)。

※再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。

いいえ

<質問2> 疾病補償 がん補償①のみ 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は①についてのみご回答ください。

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査※・治療(投薬を含みます)を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。

「医師による治療」には注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを含みます。なお、市販のビタミン剤の服用など、病気の治療ではなく健康増進のための行為は含みません。

- ③「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」

※検査結果が異常なしだった場合は「いいえ」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「はい」となります。

③について、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」(CD-10(2003年版)準拠)によります。

いいえ

「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」をお引き受けします。

回答欄記入例 回答が「いいえ」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者ご署名欄」に告知日を記入のうえ、署名してください。

被保険者ご本人用(質問1、2、3)

[illegible]

疾病に関する補償が「がん補償」の方
の方は質問2のみご回答ください。

「本人介護一時金」にご加入の方は質問3をご回答ください。

再告知のうえ、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂正印をしてください。

親介護一時金・休業(質問)

親介護一時金は特約被保険者、親介護休業補償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。

被保険者ご本人から見た特約被保険者・介護対象者との関係に○をしてください。

[illegible]

被保険者ご本人が回答を
記入してください。

健康状態について、特約被保険者・介護対象者へのご説明と回答受領にあたり実際に取られた確認方法を1つ選び○をしてください。

回答を記入した被保険者ご本人が署名、告知日を記入してください。

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、別紙 加入申込票 記入例をご覧ください。
*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・親介護一時金支払特約
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「有」に○印のうえ、必ず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。
(ご記入のない場合、「無」と回答したことになります。)
- ※印の項目は、ご加入に際して「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。
- (*) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社宛: 別紙の健康状態告知書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お支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。「健康状態告知についてのご案内」を受け取り、内容を了解しました。

被保険者名 (補償の対象となる方)		性別	生年月日	年令	ご加入の型(型番号に○をしてください。)				
被 保 険 者 (本 人)	ﾌﾘｶﾞﾅ	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 □数: □		E2 □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

裏面、健康状態告知書質問事項、回答欄記入例
<質問> 親介護一時金 親介護休業補償にご加入の方 を参照のうえご記入ください。

特約被保険者名(カタカナ)	※生年月日	※年令	続柄	※質問 「はい」の場合、該当補償に ついてお引き受けできません。 詳細は裏面をご参照ください。	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 ③ いいえ ④	対面 ① FAX・郵送 ③ 電話 ② メール等 ④		
	T・S・R 年 月 日	満 才	父 母	はい ③ いいえ ④	対面 ① FAX・郵送 ③ 電話 ② メール等 ④		
	T・S・R 年 月 日	満 才	父 母	はい ③ いいえ ④	対面 ① FAX・郵送 ③ 電話 ② メール等 ④		
	T・S・R 年 月 日	満 才	父 母	はい ③ いいえ ④	対面 ① FAX・郵送 ③ 電話 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 万円	傷害入院保険金額 合計 円	傷害通院保険金額 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	⇒	会社名	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、生命保険契約、共済契約を含みます)。

◆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: 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6年10月1日午後4時から1年間
- 保険料払込方法: 令和7年1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6年10月末～11月末頃

団体総合生活補償保険

ご注意

- ・健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、別紙「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。また、ご加入される補償パターンに応じてご回答ください。
- ・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。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病気やケガ、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）。
- ・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、健康状態告知書質問事項回答欄への記入は不要です。

疾病補償 がん補償 所得補償 医療費用補償 **にご加入の方**

●被保険者ご本人がご回答ください。なお、下表に記載があるケガや病気については告知不要です。

告知対象外となるケガ・病気一覧

●ケガ(ただし、以下については、病気として告知対象となります) ●正常分娩

脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、椎間板
害、腰痛症・すべり症、椎間板分離症、すべり症、突発性腰痛症（ギックリ腰）、半月板損傷、ばね指（手指屈筋腱腱鞘炎）、骨関節炎、関
内障、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

<質問1> 疾病補償 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は回答不要です。質問2の①をご回答ください。

●次のいずれかに該当しますか。

- ①告知日(ご記入日)現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※をすすめられている。
- ②告知日(ご記入日)より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。

「手術」には、内視鏡・腹腔鏡・レーザー・カテーテル・超音波・衝撃波によるものなどを含みます。なお、入院の有無は問いません。

鍼灸師は含みません(以下の質問も同様です)。

※再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。

いいえ

<質問2> 疾病補償 がん補償①のみ 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は①についてのみご回答ください。

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査※・治療(投薬を含みます)を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。

- ③「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」

「医師による治療」には注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを含みます。なお、市販のビタミン剤の服用など、病気の治療ではなく健康増進のための行為は含みません。

③について、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CD-10(2003年版)準拠」によります。

いいえ

「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」をお引き受けします。

回答欄記入例 回答が「いいえ」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者ご署名欄」に告知日を記入のうえ、署名してください。

被保険者ご本人用(質問1、2、3)

※健康状態良好な場合は質問項目を回避(病状発症して本人用(注7)参照)

※検査結果の判定は以下の通りです。本人の記入を参考に、医師の最終判断を待ちます。

質問1	質問2	質問3	検査結果判定基準(検査結果報告書の内容を参照)
LKA はい () いいえ ()	LKA はい () いいえ ()	LTA はい () いいえ ()	SOT 両側下二相 相生一部 R0 SOT 両側下二相 両側、ナカ 相生一部 +++++ +++++ +++++ +++++

①以上の検査結果、該当項目についてのおおきく当てはまる場合は、**相生一部**と判定されます。

②以上の検査結果がすべて当てはまる場合は、**相生一部**と判定されます。

※告知書等と署名欄

上記記入は「本人用」であり、必ず検査結果報告書と本人の署名欄を参照してください。告知書等には検査結果報告書と本人の署名欄を必ずご確認ください。検査結果報告書と本人の署名欄を必ずご確認ください。

LWS 告知書	告知書	相生一部
告知日	##年##月##日	相生一部

疾病に関する補償が「がん補償」の方
の方は質問2のみご回答ください。

「本人介護一時金」にご加入の方は質問3をご回答ください。

再告知のうえ、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂正印をしてください。

親介護一時金・休業(質問)

親介護一時金は特約被保険者、親介護休業補償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。

被保険者ご本人から見た特約被保険者・介護対象者との関係に○をしてください。

[illegible]

被保険者ご本人が回答を記入してください。

健康状態について、特約被保険者・介護対象者へのご説明と回答受領にあたり実際に取られた確認方法を1つ選び○をしてください。

回答を記入した被保険者ご本人が署名、告知日を記入してください。

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、別紙 加入申込票 記入例をご覧ください。

※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賠償責任保険特約・スキー・スケート賠償責任保険特約・テニス賠償責任保険特約・傷害補償(標準型)特約セット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】 ☐ 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
合計保険料			円

【告知事項】 保険種類別に、「有」の場合「有」に○印のうえ、必ず右欄に詳細をご記入ください。「無」の場合、「無」に○印ください。(ご記入のない場合、「無」と回答したこととなります。)

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 ャ ッ シ ャ 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	⇒	会社名	回数	合計金額
				回	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、生命保険契約、共済契約を含みます。)

(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6年10月1日午後4時から1年間

★保険料払込方法: 令和7年1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6年10月末～11月末頃