

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
お問合せ先

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

- 保険期間 令和 6 年 9 月 1 日午後 4 時から令和 7 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」に、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」を郵送もしくはメール添付(PDF)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 毎月 20 日までの受付分は、翌月 1 日午後 4 時から令和 7 年 9 月 1 日午後 4 時まで
※脱退のお申し出がない限り、自動継続となります。
- 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 7 年 9 月 1 日午後 4 時までとなります。
※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



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。

以降 始期 対応 版	令和5年4月			
	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

加入者	住所	〒 (カナ)	☎	氏名	(カナ) 自署または記名・押印			
				漢字	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	

被保険者(本人)		氏名		(カナ) (自署) 漢字		★生年 月 日		昭和 平成 令和		★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 販売 サービス 有償以外 従事者 従事者 従事者 (特定)		(カナ) 漢字		左 記 以 外 の 場 合		合 職種コード	
保 険 種 別	医療 保険 (年契約)	被保険者の 型	本人型	夫婦型 (本人・ 配偶者)	家族型 (本人・子 供)	(本人・子供)	契 約 タイプ	□数	特 約	特定疾病 補償対象外特約	補償対象外疾病 群	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 (年契約)	被保険者の 型	本人型	夫婦型 (本人・ 配偶者)	家族型 (本人・子 供)	(本人・子供)	契 約 タイプ	□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						

「二人する呆金重頭この日記人ノマニゴヤイ。

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と相違ありません。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	

質 問 事 項		★ 回 答 欄		お 引 受 け に つ い て		
医療保険者本人の告知欄	① 次のいずれかに該当しますか。 なお、裏面の「追加できる病気・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。 (1) 告知日から過去3か月以内に、病気で医師の治療・投薬(注)のいずれかを受けたこと、または病気で医師の診察、検査、治療・投薬(注)を受けるよう指導されたことがある。 (2) 告知日から過去2年以内に、初診日から終診日まで、2週間以上の期間にわたって、病気で医師の治療・投薬(注)を受けたこと、または病気で手術を受けたことがある。 (注) 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。	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Ⅱ欄に記載されている病気・症状の場合、また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・症状を補償対象外とします。		
	② 現在、妊娠していますか。 (女性のほうの質問です。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を症状を含め、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」にご記入ください。		
	1. 今までの、「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場合は除きます。 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、医師から完治だ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		

★ 他の同種の保険	医療保険		がん保険		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。						
	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		傷害入院	がん保険	被保険者(本人)	保険金日額 (総額)	入院	
				円		円				円	円
		配偶者	保険金日額 (総額)	疾病入院		傷害入院			配偶者	保険金日額 (総額)	入院
		円	円			円	円				
	子 供	保険金日額 (総額)	疾病入院	傷害入院		子 供	保険金日額 (総額)	入院			
			円	円			円	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ませんことや保険契約を解除されたいなどのことがありまうので正しく記入ください。 医療職種は、医療保険の場合のみ、告知事項に該当します。	(注1) 告知事項の質問は「契約者をお引継ぎ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記入してください。 (注2) も事実を隠さず、または記入した内容が事実と違っている場合は、契約が解除されたり、保険金の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) 回答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。
告知日 令和 年 月 日	

告知者の欄	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。	配偶者の氏名	自署 (カナ)	★生年月日	昭和	平成	令和	年
	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。		漢字					
子告知者の欄	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。	子供	氏名	昭和	平成	令和	年	
	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。		※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

	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。							
月	日	★年齢	満	歳	★性別	男	女	安
年	月	日生	満	歳	男	女	安	
年	月	日生	満	歳	男	女	安	
年	月	日生	満	歳	男	女	安	

【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）

【別表A】病気・症状等一覧

欄		I 欄 (ご加入いただけない病気・症状)	II 欄
群	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 臓の病気 胆のうの病気 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 臓の病気 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・尿管などの結石
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〇00～〇99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.リウマチ、08.椎間板ヘルニア、09.骨髄炎、10.パセドウ病、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。

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（ポウエン病）、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、腫瘍、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（ポリポース）、異型上皮（軽度・中等度）、異形成（軽度・中等度）、CINⅠ、CINⅡ、LSIL（軽度扁平上皮内病変）、子宮内膜異型増殖症、卵巣チョコレート嚢胞、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。

健康状態告知確認書

～正しく告知いただくためにご確認いただきたい事項～

1. 告知の重要性について

- 損害保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に補償しあう制度です。ご加入者間の保険料負担の公平性を保つため、ご加入者および保険の補償を受けられる方（以下「被保険者」といいます。）にはご加入に際し、健康状態等について告知をしていただく義務（告知義務）があります。

2. 健康状態告知書にはありのままを告知（ご記入）ください

- ご加入にあたっては、「健康状態告知書」の質問事項（過去の傷病歴、現在の健康状態等）について、事実をありのままに正確に告知してください。
- 書面にてご回答いただいたことが告知となります。契約者、代理店または弊社社員にお話しされただけでは告知いただいたことにはなりません。必ず被保険者ご本人（満 15 歳未満のときは親権者）が、健康状態告知書にご回答ください。

3. 正しく告知いただかなかった場合の取扱い

- 健康状態告知書の質問事項について、故意または重大な過失によって事実を告知されなかったり、事実と異なることを告知された場合、弊社は「告知義務違反」としてご加入の保険を解除させていただくことがあります。この場合、未経過期間に対し日割をもって計算した保険料を返還します。
- 告知義務違反によりご加入の保険を解除した場合、保険金の支払事由が発生していても保険金のお支払いをすることができません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除の原因となった事実」の因果関係によっては、保険金のお支払いができることがあります。

4. 傷病歴等を告知いただいた場合の取扱い

- 弊社では、保険料負担の公平性を保つため、被保険者の健康状態に応じた引受対応を行っております。この保険では、健康状態告知書の質問事項のご回答内容から、ご加入をお断りさせていただくこともあります。

5. 告知いただいた内容の弊社による確認について

- 弊社社員または弊社が委託した担当者が、ご加入後または保険金のご請求の際、ご加入内容、告知内容およびご請求内容等について確認させていただくことがあります。また、被保険者を診察した医師等に対して、病状等について確認させていただくことがあります。

6. 保険責任の開始期前の発病等の取扱い

- ご加入いただいた保険の補償が開始される時期を保険責任の開始期といいます。正しく告知をいただいた場合でも、保険責任の開始期前に診断確定されたがんについては、保険金をお支払いできません。

7. 「現在ご加入の保険の解約を前提とした新たな保険のご加入」をご検討の場合のご注意

- 現在ご加入の保険を解約し、新たにご加入される場合につきましても、通常の新規のご加入と同様に告知義務があります。告知が必要な傷病歴等がある場合は、新たなご加入の引受ができなかったり、その告知をされなかったために前記のとおり解除となることもあります。
- 新たにご加入される保険の保険責任の開始期前に診断確定されたがんについては、新たなご加入の保険では保険金をお支払いできません。また、現在ご加入の保険の解約日以降は、解約日以前に診断確定されたがんであっても、現在ご加入の保険では保険金をお支払いできません。

(※) この書面による説明および健康状態告知書の質問事項にご不明な点がございましたら、どのようなことでも代理店または弊社社員にご質問いただき、全てご理解いただけた時点でご加入いただきますようお願い申し上げます。

(※) ご加入者以外に被保険者となる方がいらっしゃる場合には、その方にもこの確認書に記載された内容をお伝えください。

(※) この健康状態告知確認書は、ご加入後に送付させていただく加入者証と一緒に大切に保管してください。

健康状態告知書の補足事項

<全般的な事項>

- ☐ 「医師」とは、医師法に定める医師、歯科医師法に定める歯科医師をいいます。
- ☐ 「治療」とは、医師による治療をいい、投薬・注射・手術（※）・放射線治療・心理療法・食事療法などをいいます。
（※）「手術」にはレーザー光線、ファイバースコープ、カテーテル、超音波、内視鏡による手術を含みます。また、日帰り手術も含みます。
- ☐ 「投薬」には以下のケースは含みません。
 - ・ 医師に処方されていない市販のビタミン剤の服用など、病気の治療等ではなく健康増進のための行為
 - ・ 医師に処方されていない市販の薬（かぜ薬、胃腸薬等）の服用
- ☐ 「完治」とは、医師から病気が完全に治っていると診断されている状態をいいます。病気が完全に治っていると診断されているかについては、医師にご確認ください。
- ☐ 過去の治療歴についてすぐに思い出せない場合は、必要に応じ、時間を置いてご確認のうえご回答いただくようお願いいたします。