

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 7 年 9 月 1 日午後 4 時から令和 8 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 8 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 8 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



御中

団体契約専用加入依頼書 (グループプラン-傷害保険、賠償責任保険用)

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

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	〒 (カナ)	☎	-	-	氏名 (カナ)	自署または記名・押印
住	(カナ)				漢字	
所	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。)、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。

(注) 携行品損害、個人賠償(賠償責任)、救済者費用および住宅内生活用財産における住宅は、実際に被保険者(個人賠償(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	被保険者氏名 (本人)	性別	年齢	職業	契約タイプ	その他	扶養者	学費	ゴルフ	用品	家族	保険料
①	氏名 (カナ) (加入者と異なる場合のみ記入) 漢字	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	事務 販売 サービス 有職者以外 従事者 従事者 従事者 (学生・主婦)	左 記 以 外 の 場 合	有 無	氏名 (加入者とのみ記入) (カナ) 漢字	令和 年 月 日	アマチュア ゴルフプロ、職業指導者	被保険者本人	家族	(一回分)
②	氏名 (カナ) (加入者と異なる場合のみ記入) 漢字	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	事務 販売 サービス 有職者以外 従事者 従事者 従事者 (学生・主婦)	左 記 以 外 の 場 合	有 無	氏名 (加入者とのみ記入) (カナ) 漢字	令和 年 月 日	アマチュア ゴルフプロ、職業指導者	被保険者本人	家族	(一回分)
③	氏名 (カナ) (加入者と異なる場合のみ記入) 漢字	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	事務 販売 サービス 有職者以外 従事者 従事者 従事者 (学生・主婦)	左 記 以 外 の 場 合	有 無	氏名 (加入者とのみ記入) (カナ) 漢字	令和 年 月 日	アマチュア ゴルフプロ、職業指導者	被保険者本人	家族	(一回分)
④	氏名 (カナ) (加入者と異なる場合のみ記入) 漢字	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	事務 販売 サービス 有職者以外 従事者 従事者 従事者 (学生・主婦)	左 記 以 外 の 場 合	有 無	氏名 (加入者とのみ記入) (カナ) 漢字	令和 年 月 日	アマチュア ゴルフプロ、職業指導者	被保険者本人	家族	(一回分)
⑤	氏名 (カナ) (加入者と異なる場合のみ記入) 漢字	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	事務 販売 サービス 有職者以外 従事者 従事者 従事者 (学生・主婦)	左 記 以 外 の 場 合	有 無	氏名 (加入者とのみ記入) (カナ) 漢字	令和 年 月 日	アマチュア ゴルフプロ、職業指導者	被保険者本人	家族	(一回分)

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、子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。

★ 他保の保険金額(総額)	行番号	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」に該当する被保険者の内容を、左記の同一「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なります。

加入者合計	保険料 (一回分)	円
-------	-----------	---

告知日 令和 年 月 日

【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（加入日時点）】【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。

A 加入日（補償対象期間開始日）を記入してください。

御中 団体契約専用加入依頼書 (グループプラン-傷害保険、賠償責任保険用)

証券番号 加入者番号

【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）。

① 加入日 令和 9 月 1 日

② 住所 農林 太郎

③ 被保険者本人 農林 太郎

④ 生年月日 昭和 平成 令和

⑤ 他保険契約 有

⑥ 保険料 (一括分)

⑦ 他保険契約 有

⑧ 告知事項

A 加入日 令和 9 月 1 日

共栄火災海上保険株式会社

H | P | SA304719-4P (23. 01)

団体契約専用加入依頼書

(グループプラン・医療保険(1年契約用)、がん保険(1年契約用)専用)

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 _____

以降始期対応版
令和6年10月

御中
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)

加入者所 住 氏名 (カナ) 漢字 印
〒(カナ) _____
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) 年 月 日	★満年齢 歳	★性別 (男) (女)	加入者からみた続 続 続	コード	★職業職種 (事務従事者 販売従事者 労務従事者 労働者 労働者)	左記以外の場合 職種コード	
医療保険(1年契約用) 被保険者型 (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	補償対象外疾病コード	その他の症状・病名 (カナ)	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	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		

加入者の保険種類に○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を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場合は、必ず健康状態告知書の質問にご回答ください。なお、継続してご契約をいただく場合で前回契約と補償範囲が同一の場合は、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っとも、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)についてご答えください。

質問事項	★回答欄	お引受けについて
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。 (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。 (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り、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まれます。	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・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II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。
1. 今までに、「がん」と診断されたことがありますか。	はい いいえ	■「はい」の場合、この契約はお引受けできませんのでご了承願います。
2. 次の(1)・(2)のいずれかに該当しますか。 (1)告知日から過去3か月以内に、裏面の【別表B】の症状や病気あるいはその疑いで、医師の診察、検査、治療、薬の処方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。 ※医師の診察・検査を受けた結果、裏面の【別表B】の病気のいずれにも当てはまらなかった場合には該当しないものとみなします。 (2)告知日から過去2年以内に、健康診断や人間ドックなど、健康維持および病気の発見のためのあらゆる検査・健診・検診において、裏面の【別表B】の症状や病気あるいはその疑いで下記a.またはb.のいずれかの事実があったこと。 a. 要再検査、要精密検査、要治療を指摘されたこと。 b. 検査・健診・検診日から6か月以内の再検査や受診を勧められたこと。 ※再検査や精密検査を受けた結果、裏面の【別表B】の病気のいずれにも当てはまらなかった場合には該当しないものとみなします。 ※告知日から過去2年以内に、検査・健診・検診を受けなかった場合にも該当しないものとみなします。	はい いいえ	【ご留意いただきたい事項】 質問中の「がん」には、肺がん、胃がんなどの悪性新生物・悪性腫瘍(しゅよう)のほか、白血病、悪性リンパ腫、骨肉腫、骨髄腫、骨髄異形成症候群、上皮内がん、上皮内新生物、高度異形成、HSLを含みます。

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	01: 本人	02: 配偶者	03: 父母	04: 子	05: 兄弟姉妹	06: 祖父母	07: 孫
コード表	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: 続柄不明	

★他の同種の保険	医療保険		がん保険		他の同種の保険	
	(無) (有)	(有) (有)	(無) (有)	(有) (有)	他同種の保険契約が有る場合は、下記を記入してください。必ず被保険者本人(満15歳未満の場合は親権者)が、ありのまま正確にもっとも、ご記入ください。	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。
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	円	被保険者(本人) 保険金日額(総額) 疾病入院 傷害入院	円	円	円
がん保険	配偶者 保険金日額(総額) 疾病入院 傷害入院	円	配偶者 保険金日額(総額) 疾病入院 傷害入院	円	円	円
医療保険	子供 保険金日額(総額) 疾病入院 傷害入院	円	子供 保険金日額(総額) 疾病入院 傷害入院	円	円	円

告知日 令和 年 月 日
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。

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」欄へは親権者のご回答いただき、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) _____

【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

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・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000～099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.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。）

【別表B】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、肝炎ウィルスキャリア	
病 気	腫瘍（しゅよう）等	「がん」、脳腫瘍（しゅよう）、異形成、ポリープ、結節、腫瘤（しゅりゅう）、消化管（口、咽頭、食道、胃、小腸、大腸、肛門）の潰瘍（かいよう）
	消化器の病気	クローン病、肝硬変、慢性肝炎、慢性膵（すい）炎、食道静脈瘤
	呼吸器の病気	慢性閉塞性肺疾患（COPD）、肺炎腫、間質性肺炎、肺線維症、じん肺、けい肺
	腎臓の病気	慢性腎不全（透析を伴う場合）、尿毒症
その他	白板症、紅板症、日光角化症（老人性角化腫）、多発性ポリープ（ポリポシス）、子宮内膜異型増殖症	

(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。

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、健康状態について事実を正確に告知していただく義務（告知義務）があります。

2. 書面による回答のお願い

- 契約者、代理店または共栄火災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が、書面（健康状態告知書）にご回答ください。

3. 正しく告知し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、共栄火災は「告知義務違反」としてご加入の保険を解除することがあります。
- 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をお支払いすることができません。ただし、「保険金の支払事由の発生」と「解除の原因となった事実」との因果関係がなければ、保険金をお支払いすることがあります。

4. 傷病歴等を告知した場合の取扱い

- 共栄火災では、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。ご回答内容によってはご加入をお断りすることもあります。

5. 告知内容の共栄火災による確認

- お申込後または保険金のご請求の際、告知内容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

- 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、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けができなかったり、その告知をされなかったためにご加入の保険が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、解約日以降に発生した保険金支払事由については、保険金をお支払いできません。

(※) 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、医師による治療を指し、具体的には、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。
- 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。