

✂ キリトリ線

申込書を入れてから封をしてください。

✂ キリトリ線

料金受取人払郵便

460-8745

名古屋中局

承認

8904

差出有効期間  
令和7年9月30日  
まで

(切手不要)

名古屋中郵便局私書箱第六十三号

愛知県共済生活協同組合

保険課



やま折り

斜線部にのりを付けてください。

✂ キリトリ線

斜線部にのりを付けてください。

✂ キリトリ線

✂ キリトリ線

封筒を切り取り、のりを付けてください。

# 告知の大切さに関するご案内 告知の大切さについて、ご説明させていただきます。

がん治療応援保険に新たにご加入される場合、保険の対象となる方(被保険者)について健康状態の告知が必要です。

告知書は保険の対象となる方(被保険者) **ご自身がありのままにご記入**ください。  
告知の内容が正しくない場合には、ご加入が解除され、保険金をお受け取り**いただけ**ないことがあります。\*1

\*1 更新時に補償内容をアップされた場合、補償内容をアップされた部分については、保険金をお受け取り**いただけ**ないことがあります。

加入申込書の健康状態告知事項に該当する場合、お引受けできません。

保険金請求時等に、告知内容についてご確認させていただく場合があります。

告知いただく内容については、下記の「健康状態等に関する質問」および「別表(告知対象の病気や所見・症状)」をご確認ください。

**ご注意ください。**

告知書の質問をよくお読みいただき、ご記入ください。  
新たな保険契約への切替の場合、新たに告知が必要となる等のご注意いただきたい事項があります。  
詳しくは、重要事項説明書をご確認ください。  
告知すべき内容を後日思い出された場合には、《お問い合わせ先》までご連絡ください。

※お客様控のない加入申込書の場合は、お手数ですがコピーをお取りいただき大切に保管してください。  
この資料は告知の大切さについて、その概要を記載したものです。告知に関するお問い合わせは、《お問い合わせ先》までご連絡ください。

## 別表(告知対象の病気や所見・症状)

病気や所見	ポリープ・しゅよう等	しゅよう※2、結節※2、腫瘍※2(しゅりゅう)、GIST(ジスト、ギスト)、カルチノイド、異形成、白板症、多発性ポリープ(ポリポージス)※3、病理検査や細胞診での異常
	消化器系の病気	肝硬変、慢性肝炎、肝機能障害(入院や治療を伴うもの)、慢性アルコール性肝機能障害、NASH(非アルコール性脂肪肝炎)、アルコール性肝炎、門脈圧亢進症、食道静脈瘤
	呼吸器系の病気	COPD(慢性閉塞性肺疾患)、肺気腫、慢性気管支炎、肺線維症、じん肺、けい肺、間質性肺炎
	腎臓の病気	慢性腎機能障害、慢性腎不全、慢性腎炎、尿毒症
	その他	B型肝炎ウイルスキャリア、C型肝炎ウイルスキャリア、貧血(鉄欠乏性貧血を除きます)
	症状※4	しこり、出血(不正出血、喀血、吐血、下血、肉眼的血尿)、黄疸

※2 「がん、上皮内がん、または異形成」とは異なる病気と診断された場合は「なし」となります。

※3 大腸などひとつの臓器に多数のポリープが存在する状態をいいます。

※4 「がん、上皮内がん、もしくは異形成」とは異なる病気と診断された場合、またはその症状に対する診察(服薬・治療を含みます)・検査の結果、告知日時時点で医師による診察(服薬・治療を含みます)・検査が終了している場合は「なし」となります。

## 健康状態等に関する質問

下記【質問1・2】ともに「いいえ」の方に限りご加入いただけます。

**質問1** 今までに「がん」または「上皮内がん」※1と医師に診断されたことがありますか。

※1 「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

がん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成

**質問2** 告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。

① 健康診断・人間ドックにおいて以下の検査を受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常(要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。)を指摘されたこと

・上部消化管エックス線検査(または内視鏡検査) ・胸部エックス線検査  
・乳房エックス線(マンモグラフィ)検査 ・乳房超音波検査 ・子宮頸部の細胞診 ・便潜血検査 ・しゅようマーカー(CEA・AFP・CA19-9・PSA等) ・CT検査 ・MRI検査 ・PET検査 ・肝炎ウイルス検査(HBs抗原・HCV抗体) ・腹部超音波検査 ・その他のがん検診

② 医師の診察の結果、別表の病気や所見、症状により継続して診察(服薬・治療を含みます)・検査を受けるように指導されたこと

黒か青の消せないペンで太枠内をご記入ください。

# 団体総合生活保険(がん補償)加入申込書

愛知県共済生活協同組合御中 令和7年始期版

重要事項説明書の記載事項を了承し、1口(100円)の出資を引き受け組合に加入し、下記の通り保険契約を申し込みます。この申込書および質問表に記載の各事項が事実と相違ないことを誓約します。

0024	原票種類	0019
K001		新規に加入 1

ご記入日 (加入申込日)		0001	令和	年	月	日	★生年月日			0014	★性別
お名前	カナ	0A08					昭和	平成		男	1
	漢字 (ご署名欄)	0W09					1	2		女	2
私は健康状態告知の内容、[ご加入時の同意内容について]を確認し、契約者である団体に対して加入申込みをします。											
ご住所	〒	0003	TEL	0010	(自宅)	TEL	0W31	(自宅以外)	1.本人携帯 2.( )様		
	カナ	0A04									
	0A05										
	0W06										
	0W07										
★健康状態告知		[健康状態等に関する質問]をご覧ください。告知日、質問1、質問2のすべてにご回答ください。									
	告知日 (ご記入日)	令和	年	月	日	1167	質問1	いいえ 1	1168	質問2	いいえ 1
★他の保険契約等(※)		1109	あり	保険会社・共済組合			保険種類		満期日		保険金額・支払限度額

★が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。必ずご記入ください。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。ご加入を解除する場合、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

※他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。がんに罹患した場合に保険金を受けとることのできる保険契約または共済契約をご記入ください。

【ご加入時の同意内容について】私は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入申込みをします。

- ①私が契約者である企業または団体の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④重要事項説明書記載の「個人情報の取扱い」の内容
- ⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容

2024年8月作成 24T-000757

項目	コード	内容	営業店	0027	37U1	愛知公務金融部	0018	加入番号	C 0 0 0 0	申込経路・付随	
			代理店	0028	3181	愛知県共済生活協同組合	0002	令和	7年	月	1日
			契約者	0029	SS407	愛知県共済生活協同組合	保険期間		~令和8年1月1日		
組合使用欄		受付	消印	確認	登録	照合	受発送	組合員証			
取扱者( )											

1103	加入者と同じ	1
1110	加入者住所と同じ	1
1108	加入者からみた続柄	本人 01

## 預貯金口座振替を希望の方 愛知県共済/保険代理 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(加)

□口座振替を希望する金融機関に✓印をつけてください。

金融機関	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行	<input type="checkbox"/> 名古屋銀行	<input type="checkbox"/> あいち銀行
	<input type="checkbox"/> いちい信用金庫	<input type="checkbox"/> 岡崎信用金庫	<input type="checkbox"/> 蒲郡信用金庫
	<input type="checkbox"/> 瀬戸信用金庫	<input type="checkbox"/> 知多信用金庫	<input type="checkbox"/> 中日信用金庫
	<input type="checkbox"/> 豊川信用金庫	<input type="checkbox"/> 豊田信用金庫	<input type="checkbox"/> 豊橋信用金庫
	<input type="checkbox"/> 西尾信用金庫	<input type="checkbox"/> 半田信用金庫	<input type="checkbox"/> 尾西信用金庫
	<input type="checkbox"/> 碧海信用金庫		
金融機関・支店コード	預金種目	口座番号	
	普通 当座		
振替日	収納団体が指定する日(金融機関休業日の場合は翌営業日)		
種目コード	種別コード	通帳記号	※ 通帳番号(右詰めでご記入ください)
1	6	6	30
払込先口座番号		00850-1-188287	
払込先加入者名		愛知県共済生活協同組合	
払込日		21日[非営業日の場合は翌営業日]	

私は、共済掛金等を左記預金口座から預金口座振替によって支払うことにしたいので、下記1~6の事項を確約のうえ依頼します。(ゆうちょ銀行を除く)

- 私が支払うべき共済掛金等について貴金融機関に請求書が送付されたときは、私に通知することなく請求書に記載された金額を預金口座から引き落としのうえお支払いください。
- 預金の引き落としにあたっては、当座約定規定または預金規定にかかわらず、小切手の振出または預金通帳および預金払戻請求書の提出はいたしません。
- 預金口座の残高が振替日において請求書の金額に満たないときは、私に通知することなく請求書を返却されてもさしつかえありません。
- この契約は、長期間にわたり左記収納団体から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申し出をしない限り、貴金融機関はこの契約が終了したものと取扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替について事前に紛争が生じても、貴金融機関の責によるものを除き貴金融機関にはご迷惑をかけません。
- 共済(保険)にかかわる紛争については、私と左記収納団体との間で解決します。

注)ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込規定が適用されます。通帳記号欄の右側の※欄は、通帳の記号の後にハイフンと数字がある場合のみご記入ください。

不備事由欄	1. 預貯金取引なし	2. 印鑑不鮮明	3. 印鑑相違
	4. 口座(通帳)番号相違	5. 名義人相違	6. その他( )
預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に不備がありましたら上記該当箇所○印をつけて愛知県共済生活協同組合にご返却ください。			

掛金等振替指定口座

- 収納団体名/愛知県共済生活協同組合
- 料金等の種別/共済掛金等

C 0 0 0 0

届出印

不備の場合の返送先  
愛知県共済生活協同組合 保険課  
〒460-0025 名古屋市中区古渡町11-33  
TEL 052(331)7070(代)

検印	印鑑	受付
----	----	----

必ず「口座名義人」をご記入のうえ、金融機関への「届出印」をご捺印ください。

# 加入申込書 記入例

加入申込書は加入されるご本人様をご記入ください。

## 加入申込書

黒か青の消せないペンで太枠内をご記入ください。

### 団体総合生活保険(がん補償)加入申込書

愛知県共済生活協同組合 令和7年定期版

重要事項説明書の記載事項を了承し、1口(100円)の出資を引き受け組合に加入し、下記の通り保険契約を申し込みます。この申込書および質問表に記載の各事項が事実と相違ないことを誓約します。

ご記入日 (加入申込日)	0001	令和 6 年 11 月 1 日	0024	原票種類	0019	新規に加入					
カナ	0A08	アイチ タロウ	0013	生年月日	0014	性別					
漢字 (ご署名欄)	0W09	愛知 太郎	昭和	平成	男	女					
〒	0003	460-0025	TEL (自宅)	0010	052-331-7070	TEL (自宅以外)	0W31	090-△△△△-△△△△	1(本人携帯)	2( )	
カナ	0A04	0A05	0W06	0W07	アイチケンナゴマシナカフルワタリショウ11-33 アイチケンキョウサイアパート101号						
漢字	愛知県名古屋市中区古渡町11-33 愛知県共済アパート101号										
健康状態告知	「健康状態等に関する質問」をご覧ください、告知日、質問1、質問2のすべてにご回答ください。										
告知日 (ご記入日)	1167	令和 6 年 11 月 1 日	質問1	いいえ	質問2	いいえ					
他の保険 契約等(※)	1109	あり	0022	保険料	8,940 円						
保険会社・共済組合	〇〇保険会社		1121	タイプ名	Dタイプ Aタイプ Eタイプ						
保険種類	がん保険		50万円	D	100万円	A	150万円	E			
満期日	〇年〇月〇日		200万円	B	250万円	F	300万円	C			
保険金額・支払限度額	〇〇円										

加入申込みをされる方の欄をご記入いただき、重要事項説明書の内容を了承のうえご捺印ください。

アパート・マンション等にお住まいの方は名称、棟数、部屋番号もご記入ください。

告知日、質問1、質問2のすべてにご回答ください。

記入された日をご記入ください。

保険料をご記入ください。

ご希望の保険金額に○を付けてください。

補償内容が同様の保険契約を他に契約されているときは★他の保険契約等の欄の「あり」に○を付け、右の欄に詳細をご記入ください。ご不明の場合は空欄とせず、各欄へ「詳細不明」と必ずご記入ください。

## 預貯金口座振替依頼書・自動払込利用申込書

預貯金口座振替を希望する金融機関に✓印をつけてください。		私は、共済掛金等を左記期間1～6の事項を確約のうえ依頼します。	
金融機関	支店	金融機関・支店コード	預金種目
<input checked="" type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行	<input type="checkbox"/> 名古屋銀行	<input type="checkbox"/> あいち銀行	<input type="checkbox"/> 定期預金
<input type="checkbox"/> いちい信用金庫	<input type="checkbox"/> 岡崎信用金庫	<input type="checkbox"/> 蒲郡信用金庫	<input type="checkbox"/> 活期預金
<input type="checkbox"/> 瀬戸信用金庫	<input type="checkbox"/> 知多信用金庫	<input type="checkbox"/> 中日信用金庫	<input type="checkbox"/> 当座預金
<input type="checkbox"/> 豊川信用金庫	<input type="checkbox"/> 豊田信用金庫	<input type="checkbox"/> 豊橋信用金庫	<input type="checkbox"/> 通知預金
<input type="checkbox"/> 西尾信用金庫	<input type="checkbox"/> 半田信用金庫	<input type="checkbox"/> 尾西信用金庫	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 碧海信信用金庫	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行		
金融機関	支店	金融機関・支店コード	預金種目
16630	普通	9876543	普通
振替日	収納団体が指定する日(金融機関休業日の場合は翌営業日)	口座番号	口座番号
16630		00850-1-188287	
振替先	振替先加入者名	愛知共済生活協同組合	21日(非営業日)の場合は翌営業日
フリガナ	アイチ タロウ	届出印	愛知
フリガナ	愛知 太郎		
フリガナ	0000		

ご記入の際には「金融機関」または「ゆうちょ銀行」のうち一つをご指定ください。両方に記入された場合、または記載のない金融機関を記入された場合は無効になります。

フリガナもご記入ください。

### ご指定可能な金融機関

- |         |        |        |
|---------|--------|--------|
| 三菱UFJ銀行 | 名古屋銀行  | あいち銀行  |
| いちい信用金庫 | 岡崎信用金庫 | 蒲郡信用金庫 |
| 瀬戸信用金庫  | 知多信用金庫 | 中日信用金庫 |
| 豊川信用金庫  | 豊田信用金庫 | 豊橋信用金庫 |
| 西尾信用金庫  | 半田信用金庫 | 尾西信用金庫 |
| 碧海信信用金庫 | ゆうちょ銀行 |        |

総合通帳(送金機能付き)に限りません。

被保険者本人名義の預貯金口座をご指定ください。

必ず「口座名義人」をご記入のうえ、金融機関またはゆうちょ銀行への届出印を忘れずにご捺印ください。不鮮明・重ね押し・欄からはみ出しの場合は、金融機関への「届出印」の欄内余白に再度ご捺印ください。

## 届出印の捺印についてのご注意

### 正しい押し方



### 以下の場合には受付できませんのでご注意ください

不鮮明



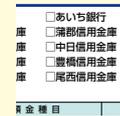
重ね押し



欄からはみ出し



### 訂正例



太枠内の訂正箇所は訂正印(金融機関またはゆうちょ銀行への届出印)を必ずご捺印ください。

※組合が取得した個人情報は、組合の行う共済事業・保険代理事業・サービスの案内等に利用し、その他の目的に利用することはありません。個人情報の取扱いに関する詳細については、組合のホームページに掲載しておりますので、ご参照ください。