

# 医療共済 加入申込書 兼 口座振替依頼書

太枠内のみ  
ご記入ください

※加入申込書は 1枚目(加入申込者 兼 口座振替依頼書)と 2枚目(加入を希望する制度の申込書)のコピーを取り保管ください。

※全てのページを印刷して、組合経由で 共済事業局 へご提出ください。

H114301(910)013

|     |   |   |   |            |    |    |                      |
|-----|---|---|---|------------|----|----|----------------------|
| 申込日 | 年 | 月 | 日 | 共 済 加入者 番号 | 83 | 92 | ←既加入の方は必ず<br>ご記入ください |
|-----|---|---|---|------------|----|----|----------------------|

|     |         |        |
|-----|---------|--------|
| 組合名 | 支 部 分会名 | 支 部 分会 |
|-----|---------|--------|

|            |     |     |          |        |
|------------|-----|-----|----------|--------|
| 組合・支 部 コード | 550 | 559 | チェックオフ組合 | 社員 コード |
|------------|-----|-----|----------|--------|

**ご加入時の同意内容について**  
私と加入者(保障の対象者)全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を申し込みます。  
①私がUAゼンセンの組合員であること  
②重要事項説明書の内容  
③「ご加入内容確認事項」の内容  
④「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容  
⑤「告知の大切さに関するご注意」の内容

←チェックオフ組合の方は  
チェックの上、社員コードを  
右詰めでご記入ください

|            |  |   |  |      |            |                     |
|------------|--|---|--|------|------------|---------------------|
| 申込者<br>現住所 | 組合員名(申込者)                                      | フリガナ <sup>15</sup><br>姓 <sup>35</sup> 名 | 私は、「ご加入時の同意内容について」を確認し、UAゼンセンに対して加入・変更を申し込みます。 | 押印不要 | ★性別        | ★生 年 月 日            |
|            | 〒  | 電話番号(日中つながる連絡先をご記入ください)                 |  |      | 男 1<br>女 2 | 昭 3<br>平 5          |
|            | フリガナ<br><small>必ず所・番地・方まで記入(都道府県名記入不要)</small> |   |  |      |            | 年 月 日 <sup>82</sup> |
|            | 漢 字<br><small>必ず所・番地・方まで記入(都道府県名記入不要)</small>  |   |  |      |            |                     |

|   |      |        |
|---|------|--------|
| 生命共済、医療共済、給与保障共済、<br>傷害・賠償共済、年金共済、積立共済、介護共済 | 同時加入 | 既加入 *1 |
|---|------|--------|

\* 1 チェックオフ組合および生命共済、医療共済、給与保障共済、傷害・賠償共済、年金共済、積立共済、介護共済に既にご加入の方は、新たに口座振替依頼書の記入は不要です。

## 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収 加)

銀 行 農 協  
信用金庫 漁 協  
信用組合  
労働金庫 御 中

|     |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 団体名 | UAゼンセン福祉共済互助会 | 2 | 0 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 |
|-----|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

契約者および預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)を収納代行会社として、裏面の預金口座振替規定に同意のうえ、口座振替を依頼します。

|        |         |  |                  |                    |                       |                         |     |      |     |                 |                               |     |     |
|--------|---------|--|------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|-----|------|-----|-----------------|-------------------------------|-----|-----|
| 金融機関用欄 | 指定口座    | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>労働金庫<br>農 協<br>漁 協 | 本店<br>支 店<br>出張所 | 金融機関番号             | 242                   | 店舗番号                    | 246 | 預金種目 | 249 | 1 普通            | 口座番号(右つめでご記入ください)             | 250 | 256 |
|        | ゆうちょ銀行  | 種目コード                                    | 1 6 6 3 0        | 契約種別コード            | 261                   | 記号(6桁目がある場合は※欄にご記入ください) | 263 | ※    | 264 | 番号(右つめでご記入ください) | 270                           |     |     |
|        | 払込先口座番号 | 00140-5-120363                           | 払込先加入者名          | 明治安田収納ビジネスサービス株式会社 | 払込金の種別                | 集金                      | 30  |      |     |                 |                               |     |     |
|        | カナ預金者名  | 271                                      |                  |                    | 290                   |                         |     |      |     |                 |                               |     |     |
|        | 預金者名    | 291                                      |                  | 330                | 金融機関<br>お届け印<br>(サイン) |                         |     |      |     | 振替日             | 毎月12日<br>[当日が休業日の<br>場合は翌営業日] |     |     |

|            |  |
|------------|--|
| 共 済 加入者 番号 |  |
|------------|--|

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 申込日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

|        |                    |
|--------|--------------------|
| 収納代行会社 | 明治安田収納ビジネスサービス株式会社 |
|--------|--------------------|

|    |
|----|
| 捨印 |
|----|

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印(サイン)をお願いします。預金者名は、組合員ご本人名義とします。

# 医療共済 加入申込書

太枠内のみ  
ご記入ください

仮番号

※加入申込書は 1枚目(加入申込者 兼 口座振替依頼書)と 2枚目(加入を希望する制度の申込書)のコピーを取り保管ください。

※全てのページを印刷して、組合経由で 共済事業局 へご提出ください。

申込日 年 月 日

共済加入者番号

←既加入の方は必ず  
ご記入ください

**ご加入時の同意内容について**  
私と加入者(保障の対象者)全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を申し込みます。  
①私がUAゼンセンの組合員であること  
②重要事項説明書の内容  
③「ご加入内容確認事項」の内容  
④「個人情報取扱に関するご案内」の内容  
⑤「告知の大切さに関するご注意」の内容

組合名 支部分会名 支部分会

組合・支部分会コード

チェックオフ組合 社員コード

←チェックオフ組合の方は  
チェックの上、社員コードを  
右詰めでご記入ください

組合員名(申込者) フリガナ 姓 名

私は、「ご加入時の同意内容について」を確認し、UAゼンセンに対して加入・変更を申し込みます。

押印不要

★性別 男 1 女 2

★生年月日 昭 3 平 5

電話番号(日中つながる連絡先をご記入ください)

〒 230 - 241

フリガナ 漢字

生命共済、医療共済、給与保障共済、傷害・賠償共済、年金共済、積立共済、介護共済

同時加入 既加入

基本保障・子ども特約 加入 新規追加

タイプの変更

加入日/変更日 年 月 日 0 1

| 組合員本人 | 基本保障加入タイプ | 基本保障・女性特約の★告知事項(該当に○印)*1 |         |         | 女性医療特約  | 休業保障特約    |                          |       | ガン診断給付金(上乗せ)特約 | ★他の保険契約等*2 |                |            |
|-------|-----------|--------------------------|---------|---------|---------|-----------|--------------------------|-------|----------------|------------|----------------|------------|
|       |           | 質問1                      | 質問2     | 質問3     |         | 加入する      | 加入する                     | 加入する  |                |            |                |            |
|       | 10 7.5 5  | あり                       | あり      | あり      | 加入する    | 加入する      | 10千円 7.5千円               | 加入する  | あり             |            |                |            |
|       | 3 未加入     | なし                       | なし      | なし      | 加入しない   | 加入しない     | 5千円 3千円 2千円              | 加入しない | なし             |            |                |            |
| 家族加入者 | 加入者名      |                          | 続柄      | ★性別     | ★生年月日   | 基本保障加入タイプ | 基本保障・女性特約の★告知事項(該当に○印)*1 |       |                | 女性医療特約     | ガン診断給付金(上乗せ)特約 | ★他の保険契約等*2 |
|       | フリガナ      | フリガナ                     |         |         | 年 月 日   | 10 7.5 5  | あり                       | あり    | あり             | 加入する       | 加入する           | あり         |
|       | 姓         | 姓                        |         | 男 1 女 2 | 昭 3 平 5 | 7.5 5 3   | なし                       | なし    | なし             | 加入しない      | 加入しない          | なし         |
|       | フリガナ      | フリガナ                     |         |         | 年 月 日   | 10 7.5 5  | あり                       | あり    | あり             | 加入する       | 加入する           | あり         |
|       | 姓         | 姓                        |         | 男 1 女 2 | 昭 3 平 5 | 5 3 3     | なし                       | なし    | なし             | 加入しない      | 加入しない          | なし         |
|       | フリガナ      | フリガナ                     |         |         | 年 月 日   | C5 C3     | あり                       | あり    | あり             | 加入する       | 加入する           | あり         |
| 姓     | 姓         |                          | 男 1 女 2 | 昭 3 平 5 | 3 3 3   | なし        | なし                       | なし    | 加入しない          | 加入しない      | なし             |            |
| フリガナ  | フリガナ      |                          |         | 年 月 日   | C5 C3   | あり        | あり                       | あり    | 加入する           | 加入する       | あり             |            |
| 姓     | 姓         |                          | 男 1 女 2 | 昭 3 平 5 | 3 3 3   | なし        | なし                       | なし    | 加入しない          | 加入しない      | なし             |            |

\*1 パンフレットP19「健康状態の告知の質問事項」にお答えください。また「質問1もしくは質問2」に該当する方は加入することができませんので予めご了承ください。  
\*2 他の保険契約等(こ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保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には○を、裏面に詳細をご記入ください。

下欄にも必ずご自身でご記入ください (基本保障・子ども特約・ガン診断給付金(上乗せ)特約・女性医療特約共通)

上記の「ご加入時の同意内容について」および、上記告知内容につき知・同意の上、本加入申込書記載の内容での加入に同意します。

告知日: 年 月 日

組合員本人 署名欄

家族加入者 署名欄

家族加入者 署名欄

家族加入者 署名欄

※1 加入される方全員について、ご自身の告知・ご署名が必要です。  
※2 加入者が満14歳以下の場合には、親権者・後見人等\*3の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、加入者に代わって「署名」および「親権者・後見人等欄」双方にご署名ください。 \*3 後見人等とは、後見人・保佐人・補助人をいいます。

★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。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

③ 医療共済 裏面にも記入欄がありますので忘れずにご記入してください。

### 個人情報の取扱いに関するご案内

UAゼンセン福祉共済互助会はUAゼンセン各加盟組合に加入申込書に関する個人情報を提供いたします。各加盟組合は加入申込書に関する個人情報(過去に取得したものを含みます。)を、UAゼンセン共済に関する会員の確認、加入者からの照会・応答、給付金請求の他、UAゼンセン共済その他UAゼンセン福祉共済互助会が行う各種情報・サービスの提供・案内等を行うために利用させていただきます。加入申込者におかれては、共済加入申込にあたり、UAゼンセン各加盟組合が個人情報を上記目的のために提供・利用することにつきご同意いただきたくお願い申し上げます。

保険契約者であるUAゼンセン福祉共済互助会は引受保険会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。引受保険会社および引受保険会社のグループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払に関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③引受保険会社と引受保険会社のグループ各社または引受保険会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
- ⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等(過去の情報を含みます。)をご契約者およびご加入者に対して提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ([www.tokiomarine-nichido.co.jp](http://www.tokiomarine-nichido.co.jp)) および他の引受保険会社のホームページをご参照ください。

### 他の保険契約等記入欄

| 被保険者氏名 | 保険会社・共済会社 | 保険種類 | 満期日<br>(保障の満了する日) | 保険金額・支払限度額(万円)<br>(ご契約金額) |
|--------|-----------|------|-------------------|---------------------------|
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |