

生命共済 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)012

申込日 年 月 日

共済加入者番号 83 92 ←既加入の方は必ず
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

2枚目には押印が必要です。↓

(申込者名)	フリガナ 15	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。 34 74	押印不要	★性別	★生年月日
	姓 35				男1 女2	昭3 平5
申込者現住所	〒 電話番号(日中つながる連絡先をご記入ください) 93 99 230 241					
	フリガナ 必ず所・番地・方書きまで記入 (都道府県名記入不要) 100				149	
	漢字 必ず所・番地・方書きまで記入 (都道府県名記入不要) 130				209	

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 *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 農漁協
信用金庫
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 2026000600

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。

指定口座 金融機関用欄	銀 行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農 漁 協 御 中	本 店 支 店 出張所	金融機関番号 242	店舗番号 246	預金種目 249	口座番号(右づめでご記入ください) 250	256
	ゆうちょ 銀行		1 普通				
払込先口座番号 預金者名	種目コード 1 6 6 3 0 257 9 9 0 0	契約種別コード 1 260	記号(6桁がある場合は※欄にご記入ください) 261 263 0 ※ 264	番号(右づめでご記入ください) 270			
預金者名	291	330	金融機関 お届け印 (サイン)	振替日 毎月12日 〔当日が休業日の場合は翌営業日〕			

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
捺印

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。

生命共済 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。

H114301(910)004

申込日 (告知日)				年		月		日
--------------	--	--	--	---	--	---	--	---

共済 加入者 番号	83							92
-----------------	----	--	--	--	--	--	--	----

←既加入の方は必ず
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

900

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	15 35	名	34 74	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。 印	性別	生年月日
	フリガナ 漢字	必ず所・番地・方書きまで記入 (都道府県名記入不要)	100	—	75 男1 女2	76 昭3 平5	年 月 日
現住所	必ず所・番地・方書きまで記入 (都道府県名記入不要)	130	—	241	149	209	

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	加入日/ 変更日	年	月	日
---	------	-----	-------------	---	---	---

加入	新規	家族追加	契約コースの変更 (増額・減額)	←契約コースの変更是、年1回3月1日付(加入申込書受付は11月21日~1月20日 (1月20日が土・日・祝日の場合は前業務日)共済事業局必着)のみの取扱いとなります。	年	月	日
----	----	------	---------------------	--	---	---	---

UAゼンセン加盟組合の組合員であることを確認し、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済 coop (全国労働者共済生活協同組合連合会)の趣旨に賛同し、加入します。UAゼンセン福祉共済互助会の生命共済規定・取扱細則ならびにこくみん共済 coop が商品名に応じて設定する事業規約・細則が契約内容となること、また、生命共済の「制度概要」および「注意喚起情報」の内容を被共済者とともに承り、加入者全員の同意の上、加入を申し込みます。申込書および質問事項の記載内容は事実であることを加入者とともに誓約し、記載事項に明らかな誤りがあるときには、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済 coop が当該事項について訂正しても異議ありません。本契約に関する個人情報は共済契約管理や共済金の支払い等の業務、各種商品・サービス等の案内、所属する労働組合・共済会等への提供、また、マイナンバーは支払調査書作成の事務に利用されることを被共済者とともに同意します。

※個人情報の取り扱いに関する詳細はUAゼンセン福祉共済互助会ホームページ (<https://uazensenkyosai.jp/>)、こくみん共済coopホームページ (<https://www.zenrosai.coop>)をご参照ください。

生命共済契約	続柄	被共済者氏名 (フリガナを必ずご記入ください)		性別	生年月日			加入日 時点年齢	掛金区分 チェック	契約コース				告知事項(すべて の質問への回答)
		フリガナ 姓	名		昭和(S)	平成(H)	年			月	日	1.35歳以下	A-6	
0.本人	ご本人の氏名、性別、生年月日は記入不要です。 ※家族の追加加入のみの場合は、右の本人契約記入欄 は記入しないでください。			2.64歳以下	A-25	A-30	A-35	A-40	3.65歳以上	なし				
	フリガナ 姓	名	1.男						昭和(S)	平成(H)	年	月	日	なし
1.配偶者	フリガナ 姓	名	2.女	年	月	日	2.64歳以下	B-6	B-10	B-15	B-20	あり		
	フリガナ 姓	名	1.男	昭和(S)	平成(H)	年	月	日	3.65歳以上	B-25	B-30	なし		
2.子ども	フリガナ 姓	名	2.女	年	月	日	4.23歳以下	C-3	C-6	C-10	あり			
	フリガナ 姓	名	1.男	昭和(S)	平成(H)	年	月	日	4.23歳以下	C-3	C-6	C-10	なし	
2.子ども	フリガナ 姓	名	2.女	年	月	日	4.23歳以下	C-3	C-6	C-10	あり			
	フリガナ 姓	名	1.男	昭和(S)	平成(H)	年	月	日	4.23歳以下	C-3	C-6	C-10	なし	

注:死亡共済金の受取人について、次ページの“●共済金受取人について”を必ず
ご覧ください。死亡共済金の受取人指定をご希望の場合は、「死亡共済金受取人指定承認請
求書」のご提出が必要となります。ご希望の方は所属組合にお申し出ください。掛け合計額
※本申込書を活用してご加入される契約分・契約コ
ース変更契約分の掛け合計額をご記入ください。

円

こくみん共済 coop 処理欄

県番号	団体番号	商品	受付日	こくみん共済 coop 組合員番号			
13	UIZ0001	D1U	/ /				
変区	複区	組番号	帳票	スキップ	個人自振		

(UAZ記入欄)

チェックオフ専用団体番号							
--------------	--	--	--	--	--	--	--

健康状態の告知について

「**告知事項**(健康状態の質問事項)」は必ずお読みいただき、正しく記入してください。

ご加入にあたって新規加入または増額される加入者の申込日(告知日)時点での健康状態により加入判断を行います。

申込書の提出にあたっては、必ず申込日(告知日)をご記入ください。

(注)告知の内容が正しくないと、ご加入が取消されたり共済金がお受取りいただけない場合があります。

健康な方とは次の**1~3**に該当しない人をいいます。

(ただし、継続加入の方に限り1~3の健康状態でも前年度加入契約コースの保障額の範囲内で継続加入できます。)

質問 1	<p>現在、病気^{*1}やけがのため、入院・安静加療^{*2}をしている、または、入院・安静加療^{*2}・手術^{*3}を要すると診断されている。</p> <p>※1「病気」には、妊娠・分娩に伴う異常(帝王切開・子宮外妊娠・妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)・流産等)を含みます。</p> <p>※2「安静加療」とは、医師の診断にもとづき、自宅などで静養している状態をいいます。なお、1週間程度で完治するかぜ・インフルエンザによる安静加療は含みません。</p> <p>※3「手術」には、切開術のほか、抜釘術、内視鏡手術、レーザー手術、レーシック手術、帝王切開、人工心臓手術なども含みます。 また、入院を伴わない日帰り手術も含みます。 ただし、抜歯は含みません。</p>
---------	---

質問 2	<p>過去1年以内に、下記の疾病により、医師の治療^{*4}を受けたこと、または、医師の治療^{*4}を要すると診断されたことがある。ただし、現在、その疾病が完治している^{*5}場合は該当しません。</p> <p>※4「医師の治療」とは、投薬、医学的処置および食事療法などをいいます。</p> <p>※5「完治している」とは、医師から「病気が治癒した」、「治療の必要がない」と診断されている状態をいいます。</p>
---------	---

慢性疾患の種目		具体的な病例(抜粋)
ア	新生物	がん(胃癌、肺癌など)、腫瘍(甲状腺腫瘍など)、肉腫(骨肉腫など)、筋腫(子宮筋腫など)、白血病(骨髓性白血病など) ほか
イ	糖尿病	
ウ	心疾患	高血圧症、心筋梗塞、狭心症、心膜炎、心筋症、不整脈、心不全、心房細動、心室細動、心肥大 ほか
エ	脳血管疾患	くも膜下出血、脳梗塞、脳動脈瘤 ほか
オ	胃、腸の疾患	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、腸閉塞、潰瘍性大腸炎、腹膜炎、クローン病 ほか
カ	肝臓、脾臓の疾患	肝不全、肝炎、肝硬変、肝機能障害、肝臓病、脾炎、脾内分泌障害 ほか
キ	腎臓の疾患	腎炎、腎不全、ネフローゼ、多発性囊胞腎 ほか
ク	呼吸器の疾患	肺炎、肺結核、肺気腫、慢性気管支炎、気管支拡張症、気管支結核、結核性気胸、肺膿瘍 ほか
ケ	精神障がい	認知症、躁うつ病、アルコール依存症、統合失調症 ほか
コ	神経の疾患	脳炎、髄膜炎、脳性麻痺、アルツハイマー病、パーキンソン病、てんかん、筋ジストロフィー、脳ヘルニア、一過性脳虚血発作 ほか
サ	血管および血液の疾患	動脈硬化症、動脈瘤、血栓症、川崎病、静脈炎、血友病 ほか
シ	眼の疾患	角膜潰瘍、遺伝性角膜ジストロフィー、白内障、緑内障、網膜剥離、網膜裂孔、網膜色素変性 ほか
ス	脊柱、骨、関節、全身性結合組織、免疫の疾患	椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症、強直性脊椎炎、後縦靭帯骨化症、骨髄炎、骨粗しょう症、骨パジェット病、関節リウマチ、膠原病、ベーチェット病、免疫不全症候群 ほか

質問 3	<p>過去1年以内に、病気^{*1}やけが(手足の骨折を除きます。)のため、連続して14日以上の入院・安静加療をしたこと^{*6}、または、手術^{*3}を受けたことがある。</p> <p>※6「連続して14日以上の入院・安静加療をしたこと」には、入院日数と安静加療の期間が合計14日以上となる場合を含みます。例えば、自宅で2日間の安静加療後、10日間入院し、さらにその後自宅で2日間安静加療した場合等を含みます。</p>
---------	--

●共済金受取人について

1. 共済金受取人は契約者です。

2. 1.にかかわらず、加入者と同一人である契約者が死亡した場合の死亡共済金受取人は、(1)から(5)の順位になります。なお、(2)から(5)の中では、記載の順序になります。

(1)契約者の配偶者(内縁関係にある方および戸籍上の性別が同一であるが婚姻関係と異なる程度の実質を備える状態にある方(以下「内縁関係にある方等」といいます。)を含みます。ただし、契約者はまたは内縁関係にある方等に婚姻の届け出をしている配偶者がいる場合を除きます。以下同じです。)

※「内縁関係にある方等」とは、生活実態をもとに当会が認めた方をいいます。また、戸籍上の性別が同一である場合については、加入時に確認書類の提示(自治体の同性パートナーシップの証明書、住民票、当会所定の確認書のいずれか)をお願いしています。

(2)契約者の死亡の当時、その収入により生計を維持していた契約者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹(「その収入により生計を維持していた」とは、契約者の収入により、日々の消費生活の全部または一部を営んでおり、契約者の収入がなければ通常の生活水準を維持することが困難となるような関係が常態であった場合をいいます。以下同じ。)

(3)契約者の死亡の当時、その収入により生計を維持していた契約者の配偶者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹

(4)(2)にあってはならない契約者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹

(5)(3)にあってはならない契約者の配偶者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹

3. において、同順位の死亡共済金受取人が2人以上あるときは、代表者1人を定めなければなりません。この場合、その代表者は他の死亡共済金受取人を代表します。

4. 契約者は、加入者の同意およびUAセンセン福祉共済互助会ならびにごくみん共済 coopの承諾を得て、死亡共済金受取人を指定または変更することができます。

5. により死亡共済金受取人の指定または変更がされている場合で、その後、契約が更新されたときは、共済金額を変更したときを含めて、引き続き同一の内容による死亡共済金受取人の指定または変更があったものとします。

6. 死亡共済金受取人を指定または変更するための書類がごくみん共済 coopに到着する前に、指定前または変更前の死亡共済金受取人に共済金を支払っていたときは、その支払い後に共済金の請求を受けても、重複して共済金は支払いません。

7. 4.により指定または変更された死亡共済金受取人が死亡した場合で、その後に新たな死亡共済金受取人が指定されないときは、1.または2.に規定する順位および順番によります。