

# 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・支部分会コード	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

2枚目には押印が必要です。↓

申込者 組合員名 (申込者)	フリガナ	15	姓	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。	押印不要	★性別	75	★生年月日	76	82
	フリガナ	100	漢字	150	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	男 1	昭 3	年
現住所	フリガナ	100	漢字	150	〒	93	99	230	241	女 2	平 5			

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 指定口座	銀行	信用金庫	信用組合	労働金庫	農協	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	1 普通	口座番号(右詰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	263	※	264	番号(右詰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
--------	--------------------

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。

# 生命共済 加入申込書

太枠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・支部分会コード	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

申込者 現住所	組合員名(契約者)	フリガナ <sup>15</sup> 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。	印	性別	生年月日 <sup>82</sup>
						男 <sup>75</sup> 1 女 <sup>76</sup> 2	昭 <sup>76</sup> 3 平 <sup>75</sup> 5
	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・方まで記入(都道府県名記入不要)		100			149
	漢字	必ず所・番地・方まで記入(都道府県名記入不要)		150			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	原則、毎月20日(土・日・祝日の場合は前業務日)までのUAゼンセン共済事業局(所属組合経由)申込書受付分の加入日は、その翌々月1日となります。加入日時時点の年齢にご注意願います。	加入日/変更日	年	月	日
							0 1

加入	新規	家族追加	契約コースの変更(増額・減額)	←契約コースの変更は、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。
----	----	------	-----------------	--

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了承し、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。

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)
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。	本人契約記入欄		満	1.35歳以下 2.64歳以下 3.65歳以上	A-6 A-10 A-15 A-20 A-25 A-30 A-35 A-40	なし あり
1.配偶者	フリガナ 姓 名			1.男 2.女	満	1.35歳以下 2.64歳以下 3.65歳以上	B-6 B-10 B-15 B-20 B-25 B-30
2.子ども	フリガナ 姓 名	1.男 2.女	満	4.23歳以下	C-3 C-6 C-10	なし あり	
2.子ども	フリガナ 姓 名	1.男 2.女	満	4.23歳以下	C-3 C-6 C-10	なし あり	
2.子ども	フリガナ 姓 名	1.男 2.女	満	4.23歳以下	C-3 C-6 C-10	なし あり	

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。

掛金合計額	※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金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
				3	9

(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。)

<b>質問 1</b>		<p><b>現在、病気<sup>*1</sup>やけがのため、入院・安静加療<sup>*2</sup>をしている、または、入院・安静加療<sup>*2</sup>・手術<sup>*3</sup>を要すると診断されている。</b></p> <p><small>※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。                  ※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。                  ※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、人工中絶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。</small></p>																												
<b>質問 2</b>		<p><b>過去1年以内に、下記の疾病により、医師の治療<sup>*4</sup>を受けたこと、または、医師の治療<sup>*4</sup>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<sup>*5</sup>場合は該当しません。</b></p> <p><small>※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。                  ※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。</small></p> <p>「<b>下記の疾病</b>」とは、次に掲げるものをいいます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">慢性疾患の種目</th> <th style="width: 85%;">具体的な病例(抜粋)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア 新生物</td> <td>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(骨髄性白血病など) ほか</td> </tr> <tr> <td>イ 糖尿病</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウ 心疾患</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>エ 脳血管疾患</td> <td>くも膜下出血、脳梗塞、脳動脈瘤 ほか</td> </tr> <tr> <td>オ 胃、腸の疾患</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>カ 肝臓、膵臓の疾患</td> <td>肝不全、肝炎、肝硬変、肝機能障害、肝膿瘍、膵炎、膵内分泌障害 ほか</td> </tr> <tr> <td>キ 腎臓の疾患</td> <td>腎炎、腎不全、ネフローゼ、多発性嚢胞腎 ほか</td> </tr> <tr> <td>ク 呼吸器の疾患</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>ケ 精神障がい</td> <td>認知症、躁うつ病、アルコール依存症、統合失調症 ほか</td> </tr> <tr> <td>コ 神経の疾患</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>サ 血管および血液の疾患</td> <td>動脈硬化症、動脈瘤、血栓症、川崎病、静脈炎、血友病 ほか</td> </tr> <tr> <td>シ 眼の疾患</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>ス 脊柱、骨、関節、全身性結合組織、免疫の疾患</td> <td>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</td> </tr> </tbody> </table>	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(骨髄性白血病など) 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、膵臓の疾患	肝不全、肝炎、肝硬変、肝機能障害、肝膿瘍、膵炎、膵内分泌障害 ほか	キ 腎臓の疾患	腎炎、腎不全、ネフローゼ、多発性嚢胞腎 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
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(骨髄性白血病など) 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、膵臓の疾患	肝不全、肝炎、肝硬変、肝機能障害、肝膿瘍、膵炎、膵内分泌障害 ほか																													
キ 腎臓の疾患	腎炎、腎不全、ネフローゼ、多発性嚢胞腎 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																													
<b>質問 3</b>		<p><b>過去1年以内に、病気<sup>*1</sup>やけが(手足の骨折を除きます。)のため、連続して14日以上入院・安静加療をしたこと<sup>*6</sup>、または、手術<sup>*3</sup>を受けたことがある。</b></p> <p><small>※6「連続して14日以上入院・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。</small></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)にあてはまらない契約者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹
  - (5) (3)にあてはま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. 2.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ゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済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. 4.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こくみん共済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。