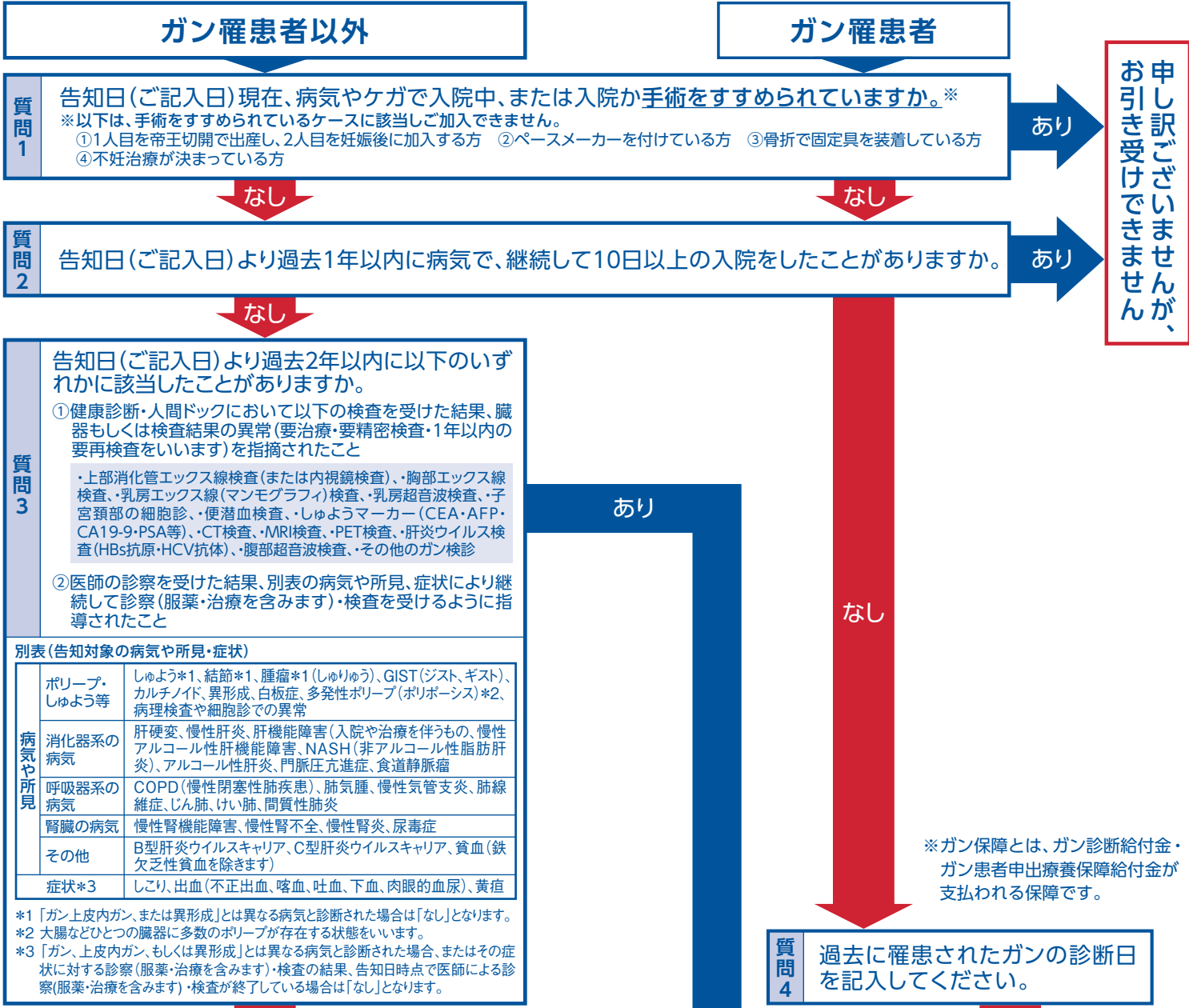


●お申し込みの際には、必ずお読みいただき、ご回答ください。

下記の内容は、UAゼンセン医療共済、ガン診断給付金(上乘せ)特約、給与保障共済をお申し込みいただくうえで、重要な事項です。よくお読みの上、ありのまま正確にご回答ください。また、加入者(被共済者)の同意を得たうえで、質問表の内容にご回答ください。もし、事実を回答せず、または事実でないことを回答されたときは、契約は解除され、共済金などをお支払いできないことがあります。

質問表 医療共済 健康状態の告知について

ご加入または増額される加入者(被共済者)は、該当の有無を確認のうえ、加入申込書の告知事項欄に○印をつけてください。
※女性医療特約・休業保障特約のみを追加する場合には質問1・2のみご確認ください。



お申し込みは、お引越先で受け取っていただけますが、

オールリスクでの引き受けが可能です

ガン保障を除いて引き受けが可能です

基本保障★告知事項(該当に○印) *1

質問1	質問2	質問3	質問4(西暦)
あり	あり	1つ以上	ガン診断日
なし	なし	なし	回答不要

※質問3については、女性特約・休業保障特約のみ追加の方は回答不要です。

基本保障★告知事項(該当に○印) *1

質問1	質問2	質問3	質問4(西暦)
あり	あり	1つ以上	ガン診断日
なし	なし	なし	回答不要

※質問3については、女性特約・休業保障特約のみ追加の方は回答不要です。

基本保障★告知事項(該当に○印) *1

質問1	質問2	質問3	質問4(西暦)
あり	あり	回答不要	ガン診断日
なし	なし	なし	回答不要

※質問3については、既にガンに罹患している方、女性特約・休業保障特約のみ追加の方は回答不要です。

他の保険契約等記入欄 ※医療共済にお申し込みの方で、表面の「他の保険契約等」に「あり」の場合はご記入ください。

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