

A 新社会人コースに更新(更改)する

- 記入例を参考に、黒の消せないボールペンで契約者が右ページの白抜き部分()にご記入ください。
- 記入後は、キリトリ線に沿って切り離し、提出期限までにご返送ください。
- 印字されている内容に誤りがございましたら、表紙のお問い合わせ先にご連絡ください。

記入例

新社会人コースへ更新(更改)する方は、期限までに必ずご返送ください。

CO-OP 新社会人コース 学生総合共済 更新加入申込書(兼解約書) [2023.9版] 提出期限▶ 20XX年 X月 XX日

黒の消せないボールペンで契約者が白抜き部分()にご記入ください。訂正箇所は二重線で消してご返送ください。★欄の訂正は契約者名の「訂正印」または「フルネームの署名」が必要です。

1 契約意向確認 ①お申し込みのCO-OP共済の保障内容、保障期間、共済金、満期時の手続(自動移行など)を確認されましたか? はい

2 共済期間や満期金・解約戻戻金・罰金等の有無を確認されましたか? はい

3 告知事項の重要性について確認されましたか? はい

4 お支払いの対象となる入院、手術、ケガ通院などを確認されましたか? はい

5 「ご確認いただきたいこと」について確認されましたか? はい

2 組合員番号・氏名 組合員番号 1 2 3 4 5 6 7 8 生協 太郎

3 契約者(申し込みされる方)欄 契約者自筆 生協 太郎 (昭和XX年) 19XX年X月XX日

4 被共済者(保障の対象の方)欄 氏名 生協 花子 (平成XX年) 20XX年X月XX日 XX歳

5 コース B1200 B1200+先進医療

6 個人賠償責任保険加入依頼書 160円 加入する

7 健康状態についての質問(告知事項)

A 契約意向確認
同封のパンフレットをお読みいただき、ご確認ください。

B 契約者氏名
必ず契約者ご本人がご記入ください。
申込日時点で満18歳以上の方は、被共済者ご自身が契約者となることをおすすめしています。契約者変更(承継)をご希望の場合は、表紙のお問い合わせ先にご連絡ください。

C 被共済者年齢
発効日時点の年齢をご記入ください。

D 満期後のコース
ご希望のコースを1つ○で囲んでください。
保障終了となるコースによって、選択できるコースが1つのみの場合があります。この場合、○は不要です。その他のコースをご希望の場合は、表紙のお問い合わせ先にご連絡ください。

E 健康状態についての質問(告知事項)
先進医療保障付コースをご希望の方のみご回答ください。
下記をお読みになり、健康状態についての質問(告知事項)に正確にお答えください。

F 個人賠償責任保険
加入をご希望の方は、「加入する」を○で囲んでください。
• お申し込みされる場合は、他保険での個人賠償責任保険の加入有無についてもご回答ください。
• 満期となるご契約の契約者が個人賠償責任保険に加入している場合は「ご加入いただいているためお手続き不要です」と表示されます。
「個人賠償責任保険加入依頼書」の記入にあたってご確認いただきたいこと
• 日本コープ共済生活協同組合連合会が、共栄火災海上保険株式会社と締結する団体保険契約への加入申込となります。
• 個人賠償責任保険重要事項説明書の内容(共栄火災海上保険株式会社の賠償責任保険普通保険約款および個人特別約款・特約の抜粋)および「ご加入内容の確認事項」を理解・確認し、保障内容や保障範囲がご要望に沿った内容であることを必ずご確認ください。

先進医療保障付コースをご希望の方のみ「健康状態についての質問(告知事項)」にご回答ください。

申込日	生協が加入申込書を受け付けた日(郵送の場合は消印日、消印がない場合は到着日)です。
入院	検査入院、教育入院を含みますが、正常分娩による入院は除きます。
手術	切開術、切除術の他に内視鏡による手術や放射線治療も含みます。ただし、健康保険適用外的美容整形の手術は含みません。
がん(悪性新生物)	白血病や肉腫などを含みますが、上皮内新生物は含みません。
先進医療	厚生労働大臣が定める医療技術で、技術ごとに決められた適応症に対し施設基準に適合する医療機関にて行われるものに限りです。

条件付でご加入できる病気
告知不要な病気やケガは同封のパンフレットをご参照ください。

申込日当日における被共済者の健康状態について、「いいえ」または「はい」でお答えください。

1	現在、入院中ですか? ! 入院する日や退院する日に申し込む場合も「はい」となります。	「はい」となる場合は、同封のパンフレット条件付でご加入できる病気を確認ください。
2	現在、医師から、入院または手術をすすめられている状況ですか? ! 実施するか否かの判断を、本人や家族にまかされている場合も「はい」となります。	
3	過去1年以内に、病気やケガで、医師の診察(検査・診察・治療・薬の処方・通院指示など)を受けたことがありますか? ※診察が終了し、今後の診察の必要がないと医師から伝えられている場合は「いいえ」となります。 ! 今後、診療の予定がある場合は、次の受診日が確定していない場合も「はい」となります。 ! 自己判断によって、通院や服薬を中断した場合も「はい」となります。	
4	過去1年以内に、健康診断、妊婦健診、乳幼児健診などで、異常を指摘されたこと(要再検査・要精密検査・要治療の判定が出たこと)がありますか? ※再検査や精密検査の結果が異常なしの場合、または、診察、治療などが終了し、今後の診察の必要がないと医師から伝えられている場合は「いいえ」となります。 ! 「健康診断」には、人間ドック、がん検診など、健康維持や病気の発見のための診察、検査全般を含みます。	
5	過去5年以内に、つぎの病気で、医師の診察(検査・診察・治療・薬の処方・通院指示など)を受けたことがありますか? がん → 悪性新生物 白血病 肉腫 骨肉腫 悪性リンパ腫 脳 → 脳卒中 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 脳動脈瘤 心臓 → 狭心症 心筋梗塞 心臓弁膜症 先天性心疾患 心筋症 上室性頻拍 心室頻拍 心房細動 心房粗動 肝臓 → 脂肪肝 肝硬変 肝炎 肝炎ウイルスキャリア 肝機能障害 その他 → 高血圧症 糖尿病 統合失調症 アルコール依存症 薬物依存症 ! 上記の病気で、過去5年以内に「医師の診察を受けたこと」があれば、現在、診療を受けていない状況であっても「はい」となります。 ! 健康診断、人間ドック、がん検診などで上記の病気と診断された場合も「はい」となります。	「はい」となる場合は加入いただけません。
6	過去5年以内に、帝王切開を受けたことがありますか?	
7	女性のみ回答 現在、妊娠中で、妊娠や分娩にともなう異常(※)により、健康保険適用の検査、診察、治療、薬の処方、通院指示などを受けていますか? ※妊娠や分娩にともなう異常の一例: 切迫流産、切迫早産、逆子、子宮頸管無力症、妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)、妊娠糖尿病、貧血やつわりなどによる薬の処方など	