

## 加入申込書及び生命共済契約申込書

### 申込手續のご案内

- 申込書は3枚複写となっています。申込みをされる方は、必要箇所をすべてご記入し該当箇所に自筆で署名のうえ、当組合職員に3枚セットでご提出ください。3枚目の「本人控」は、当組合職員が受付処理後にご返却しますので、大切に保管ください。  
直接郵送される場合は、「本部用」「金融機関用」の2枚のみを郵送し、3枚目の「本人控」はそのまま保管してください。
- 告知に際してのご留意事項

#### 1 告知義務について

現在及び過去の健康状態等について、ありのままをお知らせいただくことを告知といい、生命共済事業に新規加入または増口のお申し込みをいただく際には、申込者ご本人に告知いただく義務があります。

#### 2 当組合の職員等に口頭でお伝えされても告知いただいたことにはなりません。

当組合の職員等に口頭でお伝え又は資料提示されても告知いただいたことにはなりません。必ず申込書の所定の欄にご記入のうえ提出していただくようお願いいたします。

#### 3 告知事項で「①はい、あります。」に該当した場合でも、新規加入または増口できる場合があります。

申込書の告知事項に該当した場合でも、すべてのお申し込みをお断りするものではありません。職員等に照会のうえ、必要な場合は裏面の「健康告知等の追加事項」にご記入いただくようお願いいたします。

#### 4 告知事項に誤り等が判明した場合には、契約が無効または解除となる場合があります。

告知事項が事実と違っていた場合は、契約が無効または解除となり、共済金の支払いを受けられないことがあります。

#### 5 当組合が必要と認める場合は、健康状態を証明する書類を提出していただく場合があります。

妊娠している方や年齢が65歳以上の方等組合が必要と認める場合は、健康状態を証明する書類等を提出していただきます。

# 退職組合員生命共済契約申込書

## 記入例（契約内容に変更がない場合）

①本部用

### ①申込日、氏名、組合員証番号

・申込日は、地域担当者へ申込書を提出する日、郵送の場合は投函する日をご記入ください。  
 ・組合員証番号は、現職の時に加入していた組合員証番号をご記入ください。  
**※氏名は、必ず契約者本人が自署してください。**

### ②配偶者等同意欄

配偶者及び親権がない子の契約に関しては、同意が必要です。必ず“レ”点チェックをしてください。

### ③保障開始日

退職する日の翌月の1日をご記入ください。

### ④現職時からの契約内容変更確認欄

退職月の契約内容と変更がない方は①、変更がある方は②に○を付けてください。  
**※②の方は、下欄の契約内容をすべて記入してください。**

### ⑤被共済者・口数・月額掛金の合計等

契約したい被共済者の氏名、性別、生年月日、口数を記入し、すべての被共済者の月額掛金合計額を記入してください。また、全員の契約区分は、新規または変更の場合のみ○を付けてください。

### ⑥死亡共済金受取人

指定する場合は、「あり」に○を付け、受取人の氏名、続柄、連絡先を裏面に記入してください。

### ⑦初年度掛金

退職の翌月から翌6月までの月数と掛金額を記入してください。

### ⑧次年度掛金

次年度1年分の掛金の合計を記入してください。

### ⑨健康告知等

本人、配偶者、子ども契約の新規加入、増口時に健康告知等の内容をご確認の上、該当箇所すべてに必ず○印をご記入ください。  
 ※減口または口数変更がない場合は不要です。

## 退職組合員生命共済契約申込書（延長プラン60）

理事長 殿

生命共済事業規約、同事業細則、長  
 契約の内容とすることを了承し、重要事  
 契約を申し込みます。また、申込書の記  
 は、貴組合が当該事項について訂正して

いて、配偶者の同意を得ました。また、私の子供  
 ではない場合は、子供または親権者の同意を得ま  
 した。訂正の場合は、訂正箇所を二重線で強調のうえ、訂正箇所付近に訂正署名（フルネーム）をご記入ください。

申込日（告知日）	令和 6 年 12 月 5 日
氏名（自署）	生協 一郎
組合員証番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9

保障開始日	7 年 1 月 1 日
-------	-------------

④ 現職時（退職月）の契約から変更はありません。（下欄を記入する必要はありません。）	② 現職時（退職月）の契約内容を変更します。（下欄を記入してください。） 注：長期生命契約を取り消した場合は、生命共済契約も取り消しになります。
--	---

区分	被共済者の氏名	性別	生年月日	口数	掛金	月額掛金の合計	契約区分	死亡共済金の受取人の指定
契約者本人								
フリガナ 配偶者		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 年 月 日	◎	1口 1,000円	⑤ (⑦+⑧)×1,000+ (⑨+⑩+⑪)×250	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
フリガナ 子ども1		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日	◎	1口 250円		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	指定する場合は、裏面をご記入ください。指定しない場合は、受取人は配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹の範囲及び順序になります。
フリガナ 子ども2		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日	◎	1口 250円		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	
フリガナ 子ども3		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日	◎		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更		
初年度掛金 ※1	⑥×	カ月分	⑦	円	次年度掛金（年額）※2	⑧×12カ月分	⑧	円

※1 当年度6月末までの保障を得るための共済掛金で、保障開始日まで一括して共済組合に現金入金するか、有生協の指定口座（3枚目の裏面に記載）に振り込んでいただきます。  
 ※2 次年度7月1日から6月30日までの1年間の保障を得るための共済掛金で、下記の口座から振替させていただきます。（申出がない限り自動振替）

健康告知等 ※3 (新規・増口の場合は必ず記入してください。)	以下のいずれかに該当する場合は①に、いずれにも該当しない場合は②に○を付けてください。 ・3ヶ月以内に入院又は通院の事実はありませんか。 ・医師から入院又は治療（検査・経過観察等を含む。）の指示はありませんか。 ・過去1年以内に病気で継続して14日以上入院したことはありませんか。 ・その他、社会生活上、健康ではないと思われることはありませんか。 ・子ども契約において、子供一人の保険金等の合計は他会社等の契約を含め1千万円を超えていますか。 ※新加入が必要となる場合は、健康状態を証明する書類を提出していただく場合があります。	組合員 <input type="radio"/> はい、あります。 <input type="radio"/> いいえ、ありません。	配偶者 <input type="radio"/> はい、あります。 <input type="radio"/> いいえ、ありません。	子ども <input type="radio"/> はい、あります。 <input type="radio"/> いいえ、ありません。
------------------------------------	--	--	--	--

※3 契約申し込みをされた後であっても、保障開始日の前日までに健康告知等の内容に該当する状態になった場合には、契約が無効になる場合があります。

振替口座指定の有無 ⑩	① 火災共済の振替口座を利用する。（下欄を記入する必要はありません。）	② 新たな口座を指定する。（下欄を記入してください。）
-------------	-------------------------------------	-----------------------------

指定金融機関 御中	預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書（取加）
私は、下記の収納代行会社から請求された金額を私人名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、裏面記載の預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。	振替口座 振込先口座 (2枚目の裏面に詳細をご記入ください)
口座名義人（預金者のお名前） <input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> その他	振替口座 振込先口座 (2枚目の裏面に詳細をご記入ください)

ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀行番号	店番号	普通	口座番号（右づめで記入）
ゆうちょ銀行	種目コード 166	契約種別コード 30	通帳記号 1	通帳番号（せづめで記入） 0

収納代行会社名	三井住友カード株式会社（旧オーク）	収納依頼者名	防衛省職員生活協同組合（8201-8403）
料金等の種別	共済掛金	振替日・払込日	8日（金融機関休業日の場合は営業日）
SMCCへの発送日	月 日	※ 金融機関（ゆうちょ銀行を除く。）窓口で口座振替依頼書の記入内容及び印鑑に間違いのないことの確認印を得て、1枚目（本部用）及び2枚目（金融機関用）を本部に送ってください。その際、2枚目を金融機関に渡された場合は金融機関の受領印を得て1枚目のみを送ってください。	

申込者が自署されたことを確認しました。 年 月 日 担当者

### ⑩振替口座指定の確認欄

火災共済の口座を利用される方は①、新たな口座を指定する方は②に○を付けてください。  
**※②の方は、下欄の預金口座振替依頼書をすべて記入してください。**

### ⑪振替口座指定欄

特別な事情がない場合は、契約者本人名義の銀行又はゆうちょ銀行のどちらか一方の口座を指定してください。（**auじぶん銀行は指定できません。**）  
**2枚目の金融機関提出用に、銀行届出印を2カ所に押印してください。**ネット銀行等届出印の登録がない場合は、押印の必要はありません。