

【提出前に確認】必ず片面印刷でご使用ください

新規で加入
希望の方へ

地方職員共済組合 御中

「入院医療費支援制度」・「特定疾病支援プラスα」 加入申込書兼告知書

申込締切日 令和7年 10 月 8 日

効力発効日 (加入日) 令和8年 3 月 1 日

お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、
自署(フルネーム)もしくは訂正印を押印願います。

医療保険 無配当団体医療保険
無配当特定疾病保障定期保険(Ⅱ型)

団体名 地方職員共済組合

告知内容

告知記号に対応する下記告知内容をご確認のうえ、お申し込みください。

加入のお申し込み手続きにあたり、加入する申込者の告知内容が、申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

入院医療費支援制度 (損保部分、生保部分)	告知記号 アイ	本人	【現在の就業状態】 申込日(告知日)現在、病気やけがで休職・休業中でなく、かつ、病気により就業を制限されています。 (注釈)「就業を制限」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。
	告知記号 アイ	配偶者 子ども	【現在の健康状態】 申込日(告知日)現在、医師による治療期間中または、薬の処方期間中ではありません。 (注釈)①「治療」には、指示・指導を含みます。 ②「医師による治療期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。
	告知記号 アイ	本人 配偶者 子ども 共通	【過去3ヵ月以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去3ヵ月以内に、医師による診察または健康診断・人間ドックを受け、その結果、検査(再検査・精密検査を含みます)・入院・手術をすめられていません。 (注釈)検査をすめられ検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。 【過去2年以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去2年以内に、医師による診察・検査・治療を受けた期間または薬の処方期間が、14日以上要した病気にかかったことはありません。 (注釈)①同一の病気で転院・転科している場合は通算します。 ②「医師による診察・検査・治療を受けた期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。 ③診察・検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。 ④「治療」には、指示・指導を含みます。
	告知記号 ウ	本人 配偶者 共通	【過去3ヵ月以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去3ヵ月以内に、医師による診察または健康診断・人間ドックを受け、その結果、検査(再検査・精密検査を含みます)・入院・手術をすめられていません。 (注釈)検査をすめられ検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。 【過去5年以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去5年以内に、腫瘍、ポリープまたは別表記載の病気により、連続して7日以上入院をしたことはありません。 【現在までの健康状態】 申込日(告知日)現在までに、悪性新生物(がん・肉腫・悪性リンパ腫・白血病を含みます)または上皮内新生物(上皮内がん)と診断されたことはありません。

別表	がん、肉腫、悪性腫瘍、白血病、脳出血、脳こうそく、くも膜下出血、てんかん、狭心症、心筋こうそく、心臓弁膜症、先天性心臓病、心筋症、不整脈、高血圧症、胃かいよう、十二指腸かいよう、肝炎、肝硬変、腎炎、ネフローゼ、腎不全、子宮筋腫、糖尿病
----	---

※特定疾病保障定期保険契約の責任開始期(加入日)よりも前に「悪性新生物(がん)」と診断確定されていた場合には、責任開始期(加入日)以降に新たに「悪性新生物(がん)」と診断確定されても、特定疾病保険金(7大疾病保障特約、がん・上皮内新生物保障特約)が付加されている場合は、その保険金を含む)のお支払いの対象になります。

告知の対象とならない事項

◆医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤の服用 ◆歯科医師による虫歯の治療 ◆手術により完治した急性虫垂炎
◆完治後のかぜ ◆色覚異常 ◆現在治療をうけていない花粉症・水虫 ◆妊娠中および分娩後で定期健診のみ受診

①保険会社控

SI

申し込み時における告知・確認事項

申込日(告知日)

私(本人・配偶者・子ども)、申込日(告知日)現在、記載の告知内容および以下の事項について確認・承知のうえ、この契約の加入を申し込みます。

■パンフレット等説明資料に記載された契約内容を承知し、意向に沿った申込内容であることを確認しました。
■申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、上記の告知内容と相違がないことを確認しました。
■「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。
■個人情報情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。
■申し込み手続のご案内に記載されている「生命保険の新規で加入、保険金・給付金の増額前にご確認いただきたい事項【申し込み・告知・支払いに際してのご留意事項】」について確認し、承知しました。

加入のお申し込み手続きにあたり、加入する申込者の告知内容が、申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

死亡保険金受取人および指定代理請求者の指定・変更を含め申込内容についての効力は、記載の「効力発効日(加入)」から生じます。(必ず記載の「死亡保険金受取人について」および「指定代理請求者について」をご確認ください)

本人	カテゴリー	区分	氏名 (カタカナでご記入ください。)	性別	生年月日 (該当箇所を○で囲んでください。)	入院医療費支援制度		特定疾病支援プラスα		【確認】兼「申込」兼「告知」署名押印欄 お申し込み内容を確認のうえ、署名もしくは押印してください。
						該当箇所を○で 囲んでください。	損保部分 告知記号ア	生保部分 告知記号イ	告知記号ウ	
1	100			1 男	3 昭和 5 平成	2.5万円コース	25	Z 1,000円	告知記号ウ	本人自署(フルネーム) もしくは押印 (印)
				5 女	年 月 日	5.0万円コース	50	Z 1,000円		
				1 男	3 昭和 5 平成	2.5万円コース	25	Z 1,000円	告知記号ウ	配偶者自署(フルネーム) もしくは押印 (印)
				5 女	年 月 日	5.0万円コース	50	Z 1,000円		
子ども	1	301		1 男	5 平成 6 令和	2.5万円コース	25	Z 1,000円	告知記号イ	子ども自署(フルネーム) もしくは押印 (印)
				5 女	年 月 日	5.0万円コース	50	Z 1,000円		
	1	302		1 男	5 平成 6 令和	2.5万円コース	25	Z 1,000円	告知記号イ	子ども自署(フルネーム) もしくは押印 (印)
				5 女	年 月 日	5.0万円コース	50	Z 1,000円		
	1	303		1 男	5 平成 6 令和	2.5万円コース	25	Z 1,000円	告知記号イ	子ども自署(フルネーム) もしくは押印 (印)
				5 女	年 月 日	5.0万円コース	50	Z 1,000円		
	1	304		1 男	5 平成 6 令和	2.5万円コース	25	Z 1,000円	告知記号イ	子ども自署(フルネーム) もしくは押印 (印)
				5 女	年 月 日	5.0万円コース	50	Z 1,000円		

※お子様が未成年の場合は、親権者が確認、同意のうえ、お申し込みください。 ※生保部分(無配当団体医療保険)について、本人の給付金および配偶者・子どもの給付金の受取人は本人となります。

指定代理請求者	カード区分	区分	氏名 (カタカナでご記入ください。)	続柄コード	指定代理請求者氏名 (カタカナ(例:キョウサイ ツバサ))	死亡保険金受取人氏名 (カタカナ(例:キョウサイ ツバサ))	指定代理請求者氏名 (カタカナ(例:キョウサイ ツバサ))
2	100		Z 新規				
2	200		Z 新規				

指定される場合には右記の続柄コードをご記入のうえ、必ず、氏名
1名のみカタカナでご記入ください。
※本人の指定代理請求者に本人自身の氏名を指定することはできません。

医療保険保険契約内容登録制度に基づく個人情報の取扱いについて、詳細を通知・配布された説明資料等で確認し、同意します。

〈死亡保険金受取人について〉	○コードの意味 1:配偶者、2:子、3:父母、5:兄弟姉妹、7:法定相続人、9:個人指定 ○受取人を受取人コードで指定する場合 それそれ被保険者死亡時の該当者となります。なお、該当者が複数の場合、保険金分割割合は均等とします。 ○受取人氏名の記入がある場合、受取人コードの如何に関わらず受取人氏名の個人を指定します。 ○新規加入者で受取人コードの記入がない場合(○記入の場合も含みます) ・受取人コード「7:法定相続人」に指定します。
〈指定代理請求者について〉	○続柄コードの意味 1:配偶者、2:子、3:父母、5:兄弟姉妹、6:祖父父、7:孫、9:その他、C:指定取消 ○指定代理請求者は、請求時において被保険者の戸籍上の配偶者、②直系血族、③兄弟姉妹、④3親等内親族、または①～④以外で被保険者と同居の方もしくは財産管理を行なっている方で保険金等を請求する適切な関係があると引受保険会社が認めた方であることを要します。
〈無配当団体医療保険について〉	本人の給付金および配偶者・子どもの給付金の受取人は本人となります。

○受取人コード「1:配偶者、2:子、3:父母、5:兄弟姉妹」が記入された場合
・保険金支払事由発生時点で存在しない(注1)ときは、被保険者死亡時の法定相続人を受取人とし、(注1)指定の当時存在した場合であっても、保険金支払事由発生時点で法律上の親族関係がない場合も含みます。
○受取人氏名の記入がある場合
・指定した受取人の死亡時以後、受取人が新たに指定されるまでの間に保険金の支払事由が発生したときは、受取人の死亡時の法定相続人(注2)で保険金の支払事由発生時に生存している者を受取人とし、(注2)法定相続人のうち死亡している者があるときは、その順次の法定相続人となります。

○特定疾病保障定期保険(Ⅱ型)について、リビング・ニーズ特約の指定代理請求者(7大疾病保障特約およびがん・上皮内新生物保障特約が付加されている場合は、その指定代理請求者を含む)は、指定の有無を含め同一となります。

掛金の振替(払込日)は2月22日です。(休日の場合は翌営業日)

【提出前に確認】必ず片面印刷でご使用ください

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 収 加

(金融機関提出用)

取扱金融機関 御中

私が支払うべき料金を、次のとおり口座振替によって支払うことにしたいので、下記の事項確認のうえ依頼します。

団体名 地方職員共済組合

証券(事業所)番号	76100144000290
支 部 名 (道 府 県 名)	奈良県
所 属 名	
氏 名	
所 属 所 コ ー ド	
組合員証記号番号	

依頼日

令和 7 年 月 日

地方職員共済組合

01804016

収 納 代 行 社 株式会社日本共同システム (略 称) N K S

この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に不備がありましたら下記へご返送ください。
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-11-18 711ビル
株式会社 日本共同システム

私は、地方職員共済組合入院医療費支援制度の掛金を次のとおり口座振替により(株)日本共同システムに支払うことにしたいので下記預金口座振替規定を確認の上依頼します。

預金口座振替規定(ゆうちょ銀行からの自動払込を除く)

- 銀行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落としの上支払ってください。
この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)を超えるときは、私に通知することなく、請求書を返却しても差し支えありません。
- この契約を解約するときは、私から銀行に書面により届け出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、銀行はこの契約を終了したものとして取扱って差し支えありません。
- この貯金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。
ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

銀行使用欄	(不備返却事由) 1.取引なし 2.記載事項等相違 (店名、種目、 口座番号、口座名義) (備考)	3.印鑑相違 4.その他	検 印
			印鑑照合
			受 付 印

掛金の振替(払込日)は2月22日です。(休日の場合は翌営業日)

金融機関
お届け印

収納企業使用欄

現住所(自宅)	フリガナ 〒 都 道 市 区 府 県 郡	電話番号(自宅、携帯)
---------	----------------------------	-------------

カナ預金者名	現 職 場 名	現 職 場 電 話 番 号
口座名義人 (預金者名)		
(フリガナの濁点、半濁点および区切り部分は、それぞれ1字分あけてください。)		

ご指定ください どちらか一方を	ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀 行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農 協	本 店 支 出張所	金融機関番号	店舗番号	預 金 種 目	口座番号(右つめて記入)
						普通 (総合) 当座	
	ゆうちょ銀行	種目コード	1 6 6	契約種別コード	3 0	記号	1
預金種目はいずれかを○で囲み、口座番号は右つめてご記入の上、左に空欄が生じた場合には0で埋めて下さい。							
払込先口座番号		0 0 1 3 0 - 8 - 9 0 5 6 4		払込先加入者名		株式会社 日本共同システム	

※ゆうちょ銀行の記号に6桁目がある場合は※欄にご記入ください。

印鑑レス口座の場合は、認印を押印ください。

住所や口座情報等の個人情報の取扱いについて入院医療費支援制度の業務の範囲内で取り扱います。

【提出前に確認】必ず片面印刷でご使用ください

新規で加入希望の方へ

地方職員共済組合 御中
「入院医療費支援制度」・「特定疾病支援プラスα」 加入申込書兼告知書

申込締切日	令和7年 10 月 8 日	お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、 自署(フルネーム)もしくは訂正印を押印願います。		
効力発効日 (加入日)	令和8年 3 月 1 日	医療保険 無配当団体医療保険 無配当特定疾病保障定期保険(Ⅱ型)	団体名	地方職員共済組合

告知内容

告知記号に対応する下記告知内容をご確認のうえ、お申し込みください。
加入のお申し込み手続きにあたり、加入する申込者の告知内容が、申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

入院医療費支援制度 (損保部分、生保部分)	告知記号アイ	本人 【現在の就業状態】 申込日(告知日)現在、病気やけがで休職・休業中でなく、かつ、病気により就業を制限されています。 (注釈)「就業を制限」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。
	配偶者 子ども	【現在の健康状態】 申込日(告知日)現在、医師による治療期間中または、薬の処方期間中ではありません。 (注釈)①「治療」には、指示・指導を含みます。 ②「医師による治療期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。
	本人 配偶者 子ども 共通	【過去3ヵ月以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去3ヵ月以内に、医師による診察または健康診断・人間ドックを受け、その結果、検査(再検査・精密検査を含みます)・入院・手術をすめられていません。 (注釈)検査をすめられ検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。 【過去2年以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去2年以内に、医師による診察・検査・治療を受けた期間または薬の処方期間が、14日以上要した病気にかかったことはありません。 (注釈)①同一の病気で転院・転科している場合は通算します。 ②「医師による診察・検査・治療を受けた期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。 ③診察・検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。 ④「治療」には、指示・指導を含みます。
	本人 配偶者 共通	【過去3ヵ月以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去3ヵ月以内に、医師による診察または健康診断・人間ドックを受け、その結果、検査(再検査・精密検査を含みます)・入院・手術をすめられていません。 (注釈)検査をすめられ検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。 【過去5年以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去5年以内に、腫瘍、ポリープまたは別表記載の病気により、連続して7日以上入院をしたことはありません。 【現在までの健康状態】 申込日(告知日)現在までに、悪性新生物(がん・肉腫・悪性リンパ腫・白血病を含みます)または上皮内新生物(上皮内がん)と診断されたことはありません。

別表	がん、肉腫、悪性腫瘍、白血病、脳出血、脳こうそく、くも膜下出血、てんかん、狭心症、心筋こうそく、心臓弁膜症、先天性心臓病、心筋症、不整脈、高血圧症、胃かいよう、十二指腸かいよう、肝炎、肝硬変、腎炎、ネフローゼ、腎不全、子宮筋腫、糖尿病
----	---

※特定疾病保障定期保険契約の責任開始期(加入日)よりも前に「悪性新生物(がん)」と診断確定されていた場合には、責任開始期(加入日)以降に新たに「悪性新生物(がん)」と診断確定されても、特定疾病保険金(7大疾病保障特約、がん・上皮内新生物保障特約)が付加されている場合は、その保険金を含む)のお支払いの対象になります。

告知の対象とならない事項

◆医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤の服用 ◆歯科医師による虫歯の治療 ◆手術により完治した急性虫垂炎 ◆完治後のかぜ ◆色覚異常 ◆現在治療をうけていない花粉症・水虫 ◆妊娠中および分娩後で定期健診のみ受診

本人控 *提出不要です。

申し込み時における告知・確認事項		申込日(告知日)	
私(本人・配偶者・子ども)は、申込日(告知日)現在、記載の告知内容および以下の事項について確認・承知のうえ、この契約の加入を申し込みます。 ■パンフレット等説明資料に記載された契約内容を承知し、意向に沿った申込内容であることを確認しました。 ■申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、上記の告知内容と相違がないことを確認しました。 ■「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。 ■個人情報情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。 ■申し込み手続のご案内に記載されている「生命保険の新規で加入、保険金・給付金の増額前にご確認いただきたい事項【申し込み・告知・支払いに際してのご留意事項】」について確認し、承知しました。		令和 7 年 月 日	
加入のお申し込み手続きにあたり、加入する申込者の告知内容が、申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。		新規加入する場合、必ず記入・押印ください	
死亡保険金受取人および指定代理請求者の指定・変更を含め申込内容についての効力は、記載の「効力発効日(加入)」から生じます。(必ず記載の「死亡保険金受取人について」および「指定代理請求者について」をご確認ください)			

本人	カテゴリー	区分	氏名 (カタカナでご記入ください。)	性別	生年月日 (該当箇所を○で囲んでください。)	入院医療費支援制度		特定疾病支援プラスα		【確認】兼「申込」兼「告知」署名押印欄 お申し込み内容を確認のうえ、署名もしくは押印してください。 本人自署(フルネーム)もしくは押印										
						該当箇所を○で囲んでください。	損保部分 生保部分	告知記号ア 告知記号イ	告知記号ウ											
1	100			1男	3昭和 5平成	25万円コース	25	Z	1,000円	120万円	1付加します	1付加します	印							
														50万円コース	50	Z	1,000円			
配偶者	カテゴリー	区分	氏名 (カタカナでご記入ください。)	性別	生年月日 (該当箇所を○で囲んでください。)	入院医療費支援制度		特定疾病支援プラスα		【確認】兼「申込」兼「告知」署名押印欄 お申し込み内容を確認のうえ、署名もしくは押印してください。 配偶者自署(フルネーム)もしくは押印										
						該当箇所を○で囲んでください。	損保部分 生保部分	告知記号ア 告知記号イ	告知記号ウ											
1	200			1男	3昭和 5平成	25万円コース	25	Z	1,000円	120万円	1付加します	1付加します	印							
														50万円コース	50	Z	1,000円			
子ども	カテゴリー	区分	氏名 (カタカナでご記入ください。)	性別	生年月日 (該当箇所を○で囲んでください。)	入院医療費支援制度		特定疾病支援プラスα		【確認】兼「申込」兼「告知」署名押印欄 お申し込み内容を確認のうえ、署名もしくは押印してください。 子ども自署(フルネーム)もしくは押印										
						該当箇所を○で囲んでください。	損保部分 生保部分	告知記号ア 告知記号イ	告知記号ウ											
						1	301		1男		5平成 6令和	25万円コース	25	Z	1,000円	50万円コース	50	Z	1,000円	印
						1	302		1男		5平成 6令和	25万円コース	25	Z	1,000円	50万円コース	50	Z	1,000円	印
						1	303		1男		5平成 6令和	25万円コース	25	Z	1,000円	50万円コース	50	Z	1,000円	印
1	304		1男	5平成 6令和	25万円コース	25	Z	1,000円	50万円コース	50	Z	1,000円	印							
														50万円コース	50	Z	1,000円			

※お子様が未成年の場合は、親権者が確認、同意のうえ、お申し込みください。 生保部分(無配当団体医療保険)について、本人の給付金および配偶者・子どもの給付金の受取人は本人となります。 MYLI-申-25-000415 MYG-25-申-219

指定代理請求者	カード区分	区分	入院医療費支援制度	生保部分	氏名 (カタカナで例:キョウサイ ツバサ)	続柄コード	死亡保険金受取人氏名 死亡保険金受取人として9番を使用される場合は氏名を1名のみカタカナでご記入ください	指定代理請求者氏名 指定される場合には右記の続柄コードをご記入のうえ、必ず、氏名を1名のみカタカナでご記入ください	続柄コード
2	100		Z	新規					
2	200		Z	新規					

医療保険保険契約内容登録制度に基づく個人情報の取扱いについて、詳細を通知・配布された説明資料等で確認し、同意します。

〈死亡保険金受取人について〉	○コードの意味 1:配偶者、2:子、3:父母、5:兄弟姉妹、7:法定相続人、9:個人指定 ○受取人を受取人コードで指定する場合 それそれ被保険者死亡時の該当者となります。なお、該当者が複数の場合、保険金分割割合は均等とします。 ○受取人氏名の記入がある場合、受取人コードの如何に関わらず受取人氏名の個人を指定します。 ○新規加入者で受取人コードの記入がない場合(○記入の場合も含みます) ・受取人コード「7:法定相続人」に指定します。
〈指定代理請求者について〉	○続柄コードの意味 1:配偶者、2:子、3:父母、5:兄弟姉妹、6:祖父父、7:孫、9:その他、C:指定取消 ○指定代理請求者は、請求時において被保険者の戸籍上の配偶者、②直系血族、③兄弟姉妹、④3親等内親族、または⑤①以外で被保険者と同居の方もしくは被保険者の管理を行なっている方で保険金等を請求する適切な関係があると引受保険会社が認めた方であることを要します。
〈無配当団体医療保険について〉	本人の給付金および配偶者・子どもの給付金の受取人は本人となります。

○受取人コード「1:配偶者、2:子、3:父母、5:兄弟姉妹」が記入された場合
・保険金支払事由発生時点で存在しない(注1)ときは、被保険者死亡時の法定相続人を受取人とします。
(注1)指定の当時存在した場合であっても、保険金支払事由発生時点で法律上の親族関係がない場合も含みます。
○受取人氏名の記入がある場合
・指定した受取人の死亡時以後、受取人が新たに指定されるまでの間に保険金の支払事由が発生したときは、受取人の死亡時の法定相続人(注2)で保険金の支払事由発生時に生存している者を受取人とします。
(注2)法定相続人のうち死亡している者があるときは、その順次の法定相続人となります。

○特定疾病保障定期保険(Ⅱ型)について、リビング・ニーズ特約の指定代理請求者(7大疾病保障特約およびがん・上皮内新生物保障特約が付加されている場合は、その指定代理請求者を含む)は、指定の有無を含め同一となります。

【申し込み手続のご案内】

生命保険の新規ご加入、保険金・給付金の増額前にご確認いただきたい事項

以下のご留意事項は、お申し込みならびに告知をいただく前にご確認いただきたい事項を記載しています。
 ニーズに沿った内容でご加入いただくため、また円滑な保険金・給付金のお支払いのため、内容についてご不明な点がある場合は、ご契約者、あるいはパンフレット等説明資料に記載された照会先にご照会をいただく等、必ずご確認いただいたうえでのお申し込みをお願いいたします。

【申し込み・告知・支払いに際してのご留意事項】

※お客さまのチェックにご使用ください。

・申し込み

ご意向に沿ったお申し込み内容かご確認ください

パンフレット等説明資料の記載内容をご確認いただき、保障内容・保険金額・給付金額・保険料等がご意向に沿った内容となっているかご確認のうえ、お申し込みください。

・告知

告知の重要性についてご確認ください

現在および過去の健康状態などについて、ありのままをお知らせいただくことを告知といい、申込者ご本人には告知をしていただく義務があります。

生命保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に保障しあう制度です。初めから健康状態の悪い人などが無条件に加入された場合、保険料負担の公平性が保たれません。ご加入（増額）のお申し込みにあたっては、現在の就業状態や健康状態、過去の傷病歴等「加入申込書兼告知書」に記載された告知内容について、必ずご確認をお願いいたします。また、同時に加入される配偶者さま・お子さまがいる場合には、全員に内容をご確認ください。記載された告知内容に該当しない場合は、お申し込みいただくことはできません。

口頭でお伝えいただいただけでは告知になりません

企業・団体の社員・職員、保険会社の職員等は告知を受領する権利がなく、口頭でお話しされても告知していただいたことになりません。告知内容をご確認のうえ「加入申込書兼告知書」をご提出いただく必要があります。

保険金・給付金をお支払いできない場合があります

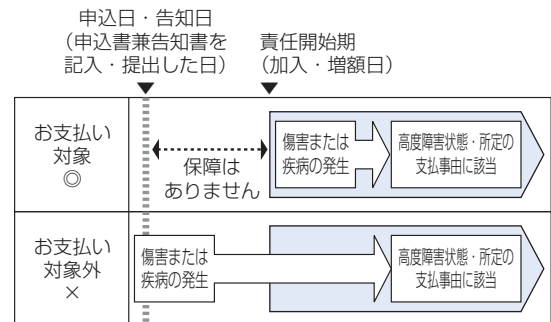
告知内容は、「加入申込書兼告知書」に記載してあります。これらについて、故意または重大な過失によって、事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合、「告知義務違反」としてご契約が解除され、保険金・給付金が支払われないことがあります。この場合、すでにお払い込みいただいた保険料はお返しいたしません。
 ※なお、上記の場合以外にも、ご加入（増額）時の状況等により、保険金・給付金が支払われないことがあります。例えば、「現在の医療水準では治癒が困難または死亡危険の極めて高い疾患の既往症・現症等について故意に告知をされなかった場合」等、告知義務違反の内容が特に重大な場合、詐欺による取消しを理由として、保険金・給付金をお支払いできないことがあります。告知義務違反による解除の対象期間経過後にも取消しとなる場合があります。この場合、すでに払い込まれた保険料はお返しいたしません。

・支払い

責任開始期（加入・増額日）よりも前に傷害や疾病が発生した場合のお取扱いについて

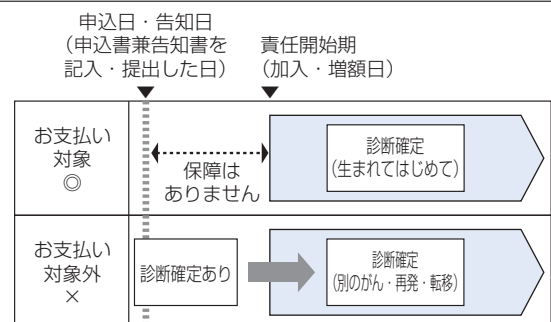
【高度障害保険金について】

高度障害保険金のお支払事由が、責任開始期（加入・増額日）以降に発生している場合でも、その原因となる傷害や疾病が責任開始期（加入・増額日）よりも前に発生している場合は（申込・告知後、責任開始期までの間にその原因となる傷害や疾病が発生している場合を含む）、原則としてお支払いの対象となります。
 【特定疾病保障定期保険、7大疾病保障特約の保険金について】
 特定疾病保障定期保険および7大疾病保険金のお支払い事由【悪性新生物（がん）を除く】が、責任開始期（加入・増額日）以降に発生している場合でも、その原因となる疾病が責任開始期（加入・増額日）よりも前に発生している場合は（申込・告知後、責任開始期までの間にその原因となる疾病が発生している場合を含む）、原則としてお支払いの対象となります。



悪性新生物（がん）について

特定疾病保障定期保険契約の責任開始期（加入・増額日）よりも前に「悪性新生物（がん）」と診断確定されていた場合には（申込・告知後、責任開始期までの間に「悪性新生物（がん）」と診断確定された場合も含む）、責任開始期（加入・増額日）以降に新たに「悪性新生物（がん）」と診断確定された場合、特定疾病保障金（7大疾病保障特約、がん・上皮内新生物保障特約が付加されている場合は、その保険金を含む）のお支払いの対象になりません。



※上記留意事項は、パンフレット等説明資料に記載の事項のうち、特に重要な事項について、その一部を記載したものです。
 詳細につきましては、必ずパンフレット等説明資料をご確認ください。

当チェックシートは、お申し込みにあたってご提出いただく必要はございませんが、「加入申込書兼告知書」のご加入者控えとともに、今後も大切に保管してください。

引受会社：明治安田生命保険相互会社

『入院医療費支援制度』『特定疾病支援プラスα』加入申込書兼告知書記入要領

加入申込書兼告知書を印刷し、3枚すべてに必要事項をご記入ください。

1

証券(事業所)番号	
支部名 (道府県名)	
所属名	
氏名	
所属コード	
組合員証記号番号	

支部名(道府県名)、所属名、氏名、組合員証記号番号を記入してください。

2

申込日(告知日)		
令和 7 年	月	日
新規加入する場合、必ず記入・押印ください		

加入申込書兼告知書の告知内容をご確認いただき、申込日(告知日)を記入してください。

3

氏名 (カタカナでご記入ください)	性別	生年月日 (該当箇所を○で囲んでください)
	1 男	3 昭和 5 平成
	5 女	年 月 日

カナ氏名・性別・生年月日を記入してください。

4

入院医療費支援制度

特定疾病支援プラスα

2.5万円コース	4
5.0万円コース	

120 万円	1 付加 します	1 付加 します
-----------	-------------	-------------

加入するコースを○で囲んでください。

本人の特定疾病支援プラスαは、本人の入院医療費支援制度の加入が必要です。

5

入院医療費支援制度	5 指定代理請求者氏名 (カタカナ(例:キョウサイ フバサ))	続柄
本人		
配偶者		
子		
孫		

指定される場合には右記の続柄コードをご記入のうえ、必ず、氏名を1名のみカタカナでご記入ください。
※本人の指定代理請求者に本人自身の氏名を指定することはできません。

指定代理請求者氏名をカタカナで記入のうえ続柄コードを記入してください。

6

特定疾病支援プラスα	6 死亡保険金受取人氏名 死亡保険金受取人として9番を使用される場合は氏名を1名のみカタカナでご記入ください
本人	
配偶者	
子	
孫	

死亡保険金受取人コードを記入してください。

9を選択した場合のカナ氏名の記入が必要です。

7

金融機関 お届け印

2枚目の掛金振替指定口座等の記入をしてください。

8

「確認」兼「申込」兼「告知」署名押印欄 お申し込み内容を確認のうえ、署名もしくは押印してください。 本人自署(フルネーム)もしくは押印	金融機関 お届け印
---	--------------

「確認」兼「申込」兼「告知」署名押印欄に署名もしくは、押印ください。

2枚目の「金融機関お届け印」欄に押印ください。

9

1 枚目、2 枚目は左上をホチキス止めし、所定の提出先に提出してください。

1 枚目、2 枚目は左上をホチキス止めし、所定の提出先に提出してください。

申込書の送付先は、以下となります。
印刷し、ラベルとしてご利用ください。
(大変恐れ入りますが、郵送にともなう費用はご自身の負担となります。)



〒630-8501

奈良市登大路町30番地 奈良県庁1階 総務厚生センター西執務室
奈良県総務部総務厚生センター（地方職員共済組合奈良県支部）

「入院医療費支援制度」 申込書在中