

加入申込書(共通項目) 兼 口座振替依頼書

青太枠内のみ
ご記入ください

※加入申込書は、お手数ですがコピーをお取りいただき大切に保管してください。

申込日 20 年 月 日

共済加入者番号

←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・支部コード 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
○印の上、社員コードを
右詰めでご記入ください

加入する全ての共済の申込書にも押印ください。↓

申込者 (組合員名)	フリガナ	176	205	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			
	姓	206	265			男 ① 昭 ③	年	月	日 265	
現住所	〒	フリガナ	56	漢字	116	★性別	★生年月日			
	49	55	286			279	男 ① 昭 ③	年	月	日 265
					115	電話番号(日中つながる連絡先をご記入ください)				
					175	266	277			

医療共済・長期休業保障共済・傷害・賠償共済・年金共済・積立共済・生命共済

同時加入 既加入 *1

*1 チェックオフ組合および医療共済・年金共済・積立共済・傷害・賠償共済・生命共済・長期休業保障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。

記入手順 | 各パンフレット(生命共済P14・医療共済・長期休業保障共済・傷害・賠償共済 P47・48)の記入例をご覧ください。

加入を希望する制度に○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	生命共済
<input type="checkbox"/>	医療共済 (パンフレット P2~25)
<input type="checkbox"/>	長期休業保障共済 (パンフレット P26~33)
<input type="checkbox"/>	傷害・賠償共済 (パンフレット P34~41)

- 1 枚目(本紙)の **共通記入項目** と **預金口座振替依頼書** *1 の必要事項を記入します。
- 2 左記で○をつけた **加入を希望する制度の申込書** に残りの項目を記入します。
 生命共済 ②枚目 | 医療共済 ③枚目 | 長期休業保障共済 ④枚目 | 傷害・賠償共済 ⑤枚目
- 3 切り取らずに5枚セットのまま 組合經由で **生活応援・共済事業局** へご提出ください。

※加入申込書は **1枚目(本紙)** と **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。

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収 加)

H111390(510)001

銀行農協 信用金庫 信用組合 労働金庫 御中

2 3 2 8 2 0 年 月 日 1 2 2 0 2 6 0 0 0 6 0 0

契約者および預金者は、預金口座振替の方法により収納代行会社、明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)を通じて行うこととしたいので、裏面の預金口座振替規定を承認のうえ依頼します。

指定口座	銀行	信用金庫	信用組合	労働金庫	農協	漁協	本店	支店	出張所	金融機関番号	店舗番号	預金種目	口座番号(右詰めでご記入ください)
	ゆうちょ銀行	1	6	6	3	0	289	293	296	297	303	1 普通	303
金融機関用欄	種目コード	契約種別コード	記号(6桁目がある場合は※欄にご記入ください)	番号(右詰めでご記入ください)									
	454	9	9	0	0	457	1	0	※	461	467		
払込先口座番号		00140-5-120363		払込先加入者名		明治安田システム・テクノロジー株式会社		払込金の種別		集金		30	
カナ預金者名		304										333	
預金者名										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 23 32

申込日 20 年 月 日

収納代行会社 明治安田システム・テクノロジー株式会社

捨印

個人情報の取扱いに関するご案内

UAゼンセン福祉共済互助会はUAゼンセン各加盟組合に加入申込書に関する個人情報を提供いたします。各加盟組合は加入申込書に関する個人情報(過去に取得したものを含まず)を、UAゼンセン共済に関する会員の確認、加入者からの照会・応答、給付金請求の他、UAゼンセン共済その他UAゼンセン福祉共済互助会が行う各種情報・サービスの提供・案内等を行うために利用させていただきます。加入申込者におかれては、共済加入申込にあたり、UAゼンセン各加盟組合が個人情報を上記目的のために提供・利用することにつきご同意いただきたくお願い申し上げます。

保険契約者であるUAゼンセン福祉共済互助会は引受保険会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。引受保険会社および引受保険会社のグループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑤の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含まず)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③引受保険会社と引受保険会社のグループ各社または引受保険会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)および他の引受保険会社のホームページをご覧ください。

預金口座振替規定(ゆうちょ銀行は除く)

1. 貴行(金庫・組合)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き落としのうえ支払ってください。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。
 2. 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ができる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む)をこえるときは私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
 3. この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。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、とくに申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものと取扱ってさしつかえありません。
 4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによるものを除き、貴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。〉

金融機関使用事項(不備返却事由)

1 預金取引なし	3 印鑑相違
2 記載事項等相違	4 印鑑不鮮明
ア. 店名	5 該当口座なし
イ. 預金種目	6 口座解約済
ウ. 口座番号	7 その他事由
エ. 口座名義	
オ. 金融機関番号・店舗番号	

【お願い】この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印を付けて明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。

〒135-8385 東京都江東区東陽2-2-20
東陽駅前ビル10階 TEL03-3615-3127

検印

印鑑照合

受付印・取扱店日附印

医療共済 加入申込書

赤枠内のみ
ご記入ください

仮番号

※加入申込書は、お手数ですがコピーをお取りいただき大切に保管してください。

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

申込日 20 年 月 日

共済加入者番号

←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 チェックオフ組合 社員コード

←チェックオフ組合の方は
○印の上、社員コードを
右詰めでご記入ください

加入する全ての共済の申込書にも押印ください。↓

申込者	組合員名 (申込者)	フリガナ ¹⁷⁶ 姓 ²⁰⁶	名	205 265	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
	現住所	〒 ⁴⁹	フリガナ ⁵⁶ 漢字 ¹¹⁶	56 116			男 ²⁸⁶ ① 女 ²⁷⁹ ②	昭 ³ 平 ⁵
								年 月 日 ²⁸⁵
								電話番号 (日中つながる連絡先をご記入ください)
								115 175 266 277

医療共済・長期休業保障共済・傷害・賠償共済・年金共済・積立共済・生命共済

同時加入 既加入

基本保障・子ども特約 加入 新規 追加 タイプの変更

加入日/変更日 20 年 月 日 01

組合員本人	加入タイプ	休業保障特約					女性医療特約	基本保障・女性特約の★告知事項(該当に○印)*1			ガン診断給付金(上乗せ)特約	ガン診断給付金(上乗せ)特約の★健康状態告知▶質問①~③のいずれも	★他の保険契約等*2					
		2千円で6万円以上、3千円で9万円以上、5千円で15万円以上、7.5千円で22.5万円以上、10千円で30万円以上であることが必要	加入する	加入しない	10千円	7.5千円		5千円	3千円	2千円				質問1	質問2	質問3	▼ありの場合は該当するもの全てに○	
	10 7.5 5 3 未加入	加入する	加入しない	10千円	7.5千円	5千円	3千円	2千円	加入する	あり	あり	あり	ア ウ	イ エ	加入する	なし	あり	
家族	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名
子ども特約(満23歳未満の未就労の子供)	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名	フリガナ 姓 名

*1 P19「健康状態の告知の質問事項」にお答えください。また「質問1もしくは質問2」に該当する方は加入することができませんので予めご了承ください。
*2 他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には○を、裏面に詳細をご記入ください。

下欄にも必ずご自身でご記入ください (基本保障・子ども特約・ガン診断給付金(上乗せ)特約・女性医療特約共通)

上記の「ご加入時の同意内容について」および、上記告知内容につき知・同意の上、本加入申込書記載の内容での加入に同意します。	組合員本人 署名欄	家族(子ども) 署名欄	家族(子ども) 署名欄	家族(子ども) 署名欄
告知日: 20 年 月 日	署名欄	署名欄	署名欄	署名欄

※1 加入される方全員について、ご自身の告知・ご署名が必要です。
※2 加入者が満15歳未満の場合には、親権者・後見人等*3の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、加入者に代わって「署名」および「親権者・後見人等欄」双方にご署名ください。 *3 後見人等とは、後見人・保佐人・補助人をいいます。

後見人等 親権者 署名欄

★が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

個人情報の取扱いに関するご案内

UAゼンセン福祉共済互助会はUAゼンセン各加盟組合に加入申込書に関する個人情報を提供いたします。各加盟組合は加入申込書に関する個人情報(過去に取得したものを含まず)を、UAゼンセン共済に関する会員の確認、加入者からの照会・応答、給付金請求の他、UAゼンセン共済その他UAゼンセン福祉共済互助会が行う各種情報・サービスの提供・案内等を行うために利用させていただきます。加入申込者におかれては、共済加入申込にあたり、UAゼンセン各加盟組合が個人情報を上記目的のために提供・利用することにつきご同意いただきたくお願い申し上げます。

保険契約者であるUAゼンセン福祉共済互助会は引受保険会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。引受保険会社および引受保険会社のグループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑤の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③引受保険会社と引受保険会社のグループ各社または引受保険会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)および他の引受保険会社のホームページをご参照ください。

他の保険契約等記入欄

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)