

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・支部分会コード 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
申込者 (現住所)	〒	49	55	フリガナ	56	女 ②	平 ⑤		
	漢字	必ず所・番地・方書まで記入(都道府県名記入不要)			116			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 *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経由で **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	
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											
預金者名												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参照ください。

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

生命共済 加入申込書

赤太枠内のみ
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。

申込日 (告知日) 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 900 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 ☆現住所	組合員名 (契約者)	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
		男 1 昭 S 女 2 平 H	年 月 日 265				
	〒	フリガナ 56 漢字 116	必ず所・番地・方書まで記入 (都道府県名記入不要)				
			必ず所・番地・方書まで記入 (都道府県名記入不要)				
						電話番号 (日中つながる連絡先をご記入ください)	
							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

加入 新規 追加 加入コースの変更

加入日/変更日 20 年 月 日 01

UAゼンセン加盟組合の組合員であることを確認し、UAゼンセン福祉共済互助会ならびに全労済(全国労働者共済生活協同組合連合会)の趣旨に賛同し、加入します。生命共済の「契約概要」および「注意喚起情報」の内容を被共済者とともに了承し、加入者全員の同意の上、加入を申し込みます。申込書および質問事項に記載の内容が、事実と相違ないことを加入者とともに誓約します。記載事項に明らかな誤りがあるときには、UAゼンセン福祉共済互助会ならびに全労済が当該事項について訂正しても異議ありません。なお、加入申込者は、本契約に関する契約者等の特

定個人情報[「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(番号法)」に規定された目的のために利用されること、また、パンフレット記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について、加入者全員の同意を確認の上、同意いたします。]
※個人情報の取扱いに関する詳細はUAゼンセン福祉共済互助会ホームページ(<http://www.uazensen.jp/kyosai/>)、全労済ホームページ(<http://www.zenrosai.coop/>)をご参照ください。

掛金区分 チェック	続柄	被共済者氏名(フリガナを必ずご記入ください)	生年月日	性別	加入コース	健康状態の 回答
35歳以下 36歳以上	0.本人	ご本人の氏名、生年月日、性別は記入不要です。	契約記入欄		A-6 A-10 A-15 A-20 A-25 A-30 A-35 A-40	該当する
35歳以下 36歳以上	1.配偶者	フリガナ 姓 名	昭和(S) 平成(H) 年 月 日	1.男 2.女	B-6 B-10 B-15 B-20 B-25 B-30	該当する
	2.子ども	フリガナ 姓 名	平成(H) 年 月 日	1.男 2.女	C-3 C-6 C-10	該当する
	2.子ども	フリガナ 姓 名	平成(H) 年 月 日	1.男 2.女	C-3 C-6 C-10	該当する
	2.子ども	フリガナ 姓 名	平成(H) 年 月 日	1.男 2.女	C-3 C-6 C-10	該当する

掛金合計額 円

全労済処理欄

県番号	団体番号	商品	受付日	全労済組合員番号	
13	UIZ0001	D1U	/ /		
変区	複区	組番号	振票	スキップ	個人自振
				3	9

(UAZ記入欄)

チェックオフ専用団体番号					

BD89

健康状態の告知について

「告知事項(健康状態の質問事項)」は必ずお読みいただき、正しく記入してください。
 ご加入にあたって新規加入または増額される加入者の申込日(告知日)時点での健康状態により加入判断を行います。
 申込書の提出にあたっては、必ず申込日(告知日)をご記入ください。
 (注)告知の内容が正しくないと、ご加入が取消されたり共済金がお受け取りいただけない場合があります。

健康な方とは次の**1~3**に該当しない人をいいます。
 (ただし、継続加入の方に限り1~3の健康状態でも前年度加入契約コースの保障額の範囲内で継続加入できます。)

質問1

現在、病気^{※1}やけがのため、入院・安静加療^{※2}をしている、または、入院・安静加療^{※2}・手術^{※3}を要すると診断されている。

- ※1「病気」には、妊娠・分娩に伴う異常(帝王切開・子宮外妊娠・妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)・流産等)を含みます。
 ※2「安静加療」とは、医師の診断にもとづき、自宅などで静養している状態をいいます。なお、1週間程度で完治するかぜ・インフルエンザによる安静加療は含みません。
 ※3「手術」には、切開術のほか、抜釘術、内視鏡手術、レーザー手術、レーシック手術、帝王切開、人工中絶手術なども含みます。
 また、入院を伴わない日帰り手術も含みます。
 ただし、抜歯は含みません。

過去1年以内に、下記の疾病により、医師の治療^{※4}を受けたこと、または、医師の治療^{※4}を要すると診断されたことがある。ただし、現在、その疾病が完治している^{※5}場合は該当しません。

- ※4「医師の治療」とは、投薬、医学的処置および食事療法などをいいます。
 ※5「完治している」とは、医師から「病気が治癒した」、「治療の必要がない」と診断されている状態をいいます。

「下記の疾病」とは、次に掲げるものをいいます。

慢性疾患の種目	具体的な病例(抜粋)
ア 新生物	がん(胃癌、肺癌など)、腫瘍(甲状腺腫瘍など)、肉腫(骨肉腫など)、筋腫(子宮筋腫など)、白血病(骨髄性白血病など) ほか
イ 糖尿病	
ウ 心疾患	高血圧症、心筋梗塞、狭心症、心膜炎、心筋症、不整脈、心不全、心房細動、心室細動、心肥大 ほか
エ 脳血管疾患	くも膜下出血、脳梗塞、脳動脈瘤 ほか
オ 胃、腸の疾患	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、腸閉塞、潰瘍性大腸炎、腹膜炎、クローン病 ほか
カ 肝臓、膵臓の疾患	肝不全、肝炎、肝硬変、肝機能障害、肝膿瘍、膵炎、膵内分泌障害 ほか
キ 腎臓の疾患	腎炎、腎不全、ネフローゼ、多発性嚢胞腎 ほか
ク 呼吸器の疾患	肺炎、肺結核、肺気腫、慢性気管支炎、気管支拡張症、気管支結核、結核性気胸、肺膿瘍 ほか
ケ 精神障がい	認知症、躁うつ病、アルコール依存症、統合失調症 ほか
コ 神経の疾患	脳炎、髄膜炎、脳性麻痺、アルツハイマー病、パーキンソン病、てんかん、筋ジストロフィー、脳ヘルニア、一過性脳虚血発作 ほか
サ 血管および血液の疾患	動脈硬化症、動脈瘤、血栓症、川崎病、静脈炎、血友病 ほか
シ 眼の疾患	角膜潰瘍、遺伝性角膜ジストロフィー、白内障、緑内障、網膜剥離、網膜裂孔、網膜色素変性 ほか
ス 脊柱、骨、関節、全身性結合組織、免疫の疾患	椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症、強直性脊椎炎、後縦靭帯骨化症、骨髄炎、骨粗しょう症、骨パジェット病、関節リウマチ、膠原病、ベーチェット病、免疫不全症候群 ほか

質問2

質問3

過去1年以内に、病気^{※1}やけが(手足の骨折を除きます。)のため、連続して14日以上入院・安静加療をしたこと^{※6}、または、手術^{※3}を受けたことがある。

- ※6「連続して14日以上入院・安静加療をしたこと」には、入院日数と安静加療の期間が合計14日以上となる場合を含みます。例えば、自宅で2日間の安静加療後、10日間入院し、さらにその後自宅で2日間安静加療した場合等を含みます。