

✂ キリトリ線

申込書を入れてから封をしてください。

✂ キリトリ線

料金受取人払郵便

460-8745

名古屋中局

承認

5685

差出有効期間  
令和8年9月30日  
まで

(切手不要)

名古屋中郵便局私書箱第六十三号

愛知県共済生活協同組合

保険課



やま折り

斜線部にのりを付けてください。

✂ キリトリ線

斜線部にのりを付けてください。

✂ キリトリ線

✂ キリトリ線

封筒を切り取り、のりを付けてください。

# 告知の大切さに関するご案内 告知の大切さについて、ご説明させていただきます。

がん治療応援保険に新たにご加入される場合、保険の対象となる方（被保険者）について健康状態の告知が必要です。

告知書は保険の対象となる方（被保険者）**ご自身がありのままにご記入**ください。  
告知の内容が正しくない場合には、ご加入が解除され、保険金をお受け取り**いただけない**ことがあります。＊1

＊1 更新時に補償内容をアップされた場合、補償内容をアップされた部分については、保険金をお受け取りいただけないことがあります。

加入申込書の健康状態告知事項に該当する場合、お引受けできません。

保険金請求時等に、告知内容についてご確認させていただく場合があります。

告知いただく内容については、下記の「健康状態等に関する質問」および「別表（告知対象の病気や所見・症状）」をご確認ください。

**ご注意ください。**

告知書の質問をよくお読みいただき、ご記入ください。  
新たな保険契約への切換の場合、新たに告知が必要となる等のご注意いただきたい事項があります。  
詳しくは、重要事項説明書をご確認ください。  
告知すべき内容を後日思い出された場合には、《お問い合わせ先》までご連絡ください。

※お客様控のない加入申込書の場合は、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。  
この資料は告知の大切さについて、その概要を記載したものです。告知に関するお問い合わせは、《お問い合わせ先》までご連絡ください。

## 別表（告知対象の病気や所見・症状）

病気 や 所見	ポリープ・しゅよう等	しゅよう※2、結節※2、腫瘍※2（しゅりゅう）、GIST（ジスト、ギスト）、カルチノイド、異形成、白板症、多発性ポリープ（ポリポース）※3、病理検査や細胞診での異常
	消化器系の病気	肝硬変、慢性肝炎、肝機能障害（入院や治療を伴うもの）、慢性アルコール性肝機能障害、NASH（非アルコール性脂肪肝炎）、アルコール性肝炎、門脈圧亢進症、食道静脈瘤
	呼吸器系の病気	COPD（慢性閉塞性肺疾患）、肺気腫、慢性気管支炎、肺線維症、じん肺、けい肺、間質性肺炎
	腎臓の病気	慢性腎機能障害、慢性腎不全、慢性腎炎、尿毒症
	その他	B型肝炎ウイルスキャリア、C型肝炎ウイルスキャリア、貧血（鉄欠乏性貧血を除きます）
症状※4		しこり、出血（不正出血、喀血、吐血、下血、肉眼的血尿）、黄疸

※2 「がん、上皮内がん、または異形成」とは異なる病気と診断された場合は「なし」となります。

※3 大腸などひとつの臓器に多数のポリープが存在する状態をいいます。

※4 「がん、上皮内がん、もしくは異形成」とは異なる病気と診断された場合、またはその症状に対する診察（服薬・治療を含みます）・検査の結果、告知日時点で医師による診察（服薬・治療を含みます）・検査が終了している場合は「なし」となります。

## 健康状態等に関する質問

下記【質問1・2】ともに「いいえ」の方に限りご加入いただけます。

**質問1** 今までに「がん」または「上皮内がん」※1と医師に診断されたことがありますか。

※1 「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

がん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成

**質問2** 告知日（ご記入日）より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。

① 健康診断・人間ドックにおいて以下の検査を受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常（要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。）を指摘されたこと

・上部消化管エックス線検査（または内視鏡検査） ・胸部エックス線検査  
・乳房エックス線（マンモグラフィ）検査 ・乳房超音波検査 ・子宮頸部の細胞診  
・便潜血検査 ・しゅようマーカー（CEA・AFP・CA19-9・PSA等） ・CT検査 ・MRI検査 ・PET検査 ・肝炎ウイルス検査（HBs抗原・HCV抗体）  
・腹部超音波検査 ・その他のがん検診

② 医師の診察の結果、別表の病気や所見、症状により継続して診察（服薬・治療を含みます）・検査を受けるように指導されたこと

黒か青の消せないペンで太枠内をご記入ください。

団体総合生活保険(がん補償)加入申込書

愛知県共済生活協同組合御中 令和8年始期版

重要事項説明書の記載事項を了承し、1口(100円)の出資を引き受け組合に加入し、下記の通り保険契約を申し込みます。この申込書および質問表に記載の各事項が事実と相違ないことを誓約します。

ご記入日 (加入申込日)		0001	令和	年	月	日	★生年月日		0019	★性別			
加入申込みをされる方(被保険者)	お名前	カナ	0A08				印	昭和	平成	男			
		漢字 (ご署名欄)	0W09					1	2	1			
		私は健康状態告知の内容、【ご加入時の同意内容について】を確認し、契約者である団体に対して加入申込みをします。			年			月	日	女			
	ご住所	〒	0003	TEL	0010	(自宅)	TEL	0W31	(自宅以外)	1.本人携帯	2.( )様		
		カナ	0A04				0022		保険料	円			
		漢字	0W06				1121		タイプ名				
		0W07				Dタイプ		Aタイプ	Eタイプ				
	★健康状態告知	告知日 (ご記入日)	令和	年	月	日	1167	質問1	いいえ	1	質問2	いいえ	1
		★他の保険契約等(※)		あり	1	保険会社・共済組合		保険種類		満期日		保険金額・支払限度額	

★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。必ずご記入ください。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。ご加入を解除する場合、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。

※他の保険契約等とは、ご加入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他の保険契約または共済契約をいいます。がんに罹患した場合に保険金を受けとることのできる保険契約または共済契約をご記入ください。

【ご加入時の同意内容について】私は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入申込みをします。

①私が契約者である企業または団体の構成員であること ②重要事項説明書の内容 ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容 ④重要事項説明書記載の「個人情報の取扱い」の内容 ⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容

2025年8月作成 25T-000503

項目	コード	内容	営業店	0027	37U1	名古屋営業第二部	0018	加入番号	C 0 0 0 0	申込経路・付随	
			代理店	0028	3181	愛知県共済生活協同組合	0002	令和	年	月	日
			契約者	0029	SS407	愛知県共済生活協同組合	保険期間		～令和9年1月1日		
組合使用欄 1025			受付	消印	確認	登録	照合		受発送	組合員証	
取扱者( )											

クレジットカード決済を希望の方 クレジットカード決済申込書

▼共済掛金等を決済するクレジットカード情報をご記入ください。

●アメックスカード、ダイナースカードの場合は、会員番号を左詰めでご記入ください。

クレジットカード情報	会員番号															
	有効期限	(月/年)	署名													

私は、共済掛金等をクレジットカード決済により払込むことにしたいので、下記1～5の事項を確約のうえ「共済掛金等の決済クレジットカード」を指定します。

- 私が支払うべき共済掛金等を私が指定するクレジットカードで、クレジットカード会社の会員規定に基づいて支払います。
- 私から解約の申し出をしない限り、継続して共済掛金等を私が指定したクレジットカードにより支払います。
- 私が指定したクレジットカードの会員資格を喪失した場合あるいは支払状況等によっては、愛知県共済生活協同組合および私の指定したクレジットカード会社の判断により一方的に本支払方法を解約されてもさしつかえありません。
- カード紛失等で私の指定したクレジットカードの会員番号が

変更となった場合、私の事前承諾なしに新しい会員番号がクレジットカード会社より愛知県共済生活協同組合に通知されてもさしつかえありません。

5.私は、愛知県共済生活協同組合に届け出たクレジットカードの番号等に変更があった場合、遅滞なく愛知県共済生活協同組合にその旨を連絡します。

C 0 0 0 0
-----------

## 加入申込書 記入例

加入申込書は加入されるご本人様をご記入ください。

### 加入申込書

記入された日をご記入ください。

加入申込みをされる方のお名前をご記入いただき、ご捺印ください。

アパート・マンション等にお住まいの方は名称、棟数、部屋番号もご記入ください。

告知日、質問1、質問2のすべてにご回答ください。

黒か青の消えないペンで太枠内をご記入ください。

### 団体総合生活保険(がん補償)加入申込書

愛知県共済生活協同組合御中 令和8年始期版

重要事項説明書の記載事項を了承し、1口(100円)の出資を引き受け組合に加入し、下記の通り保険契約を申し込みます。この申込書および質問表に記載の各事項が事実と相違ないことを誓約します。

ご記入日(加入申込日)		令和 7 年 11 月 1 日		0024 原票種類 K001		0019 新規に加入 1	
お名前		アイチ タロウ		0013 ★生年月日		0014 ★性別	
漢字(ご署名欄)		愛知 太郎		昭和 1 平成 2		男 1 女 2	
〒		460-0025		TEL 0010 (自宅) 052-331-7070		TEL 0031 (自宅以外) 090-△△△△-△△△△	
ご住所		アイチケンナゴヤシナカフルワタリショウII-33 アイチケンキョウサイアパートI0Iゴウ					
愛知県名古屋市中区古渡町II-33 愛知県共済アパートI0I号		0022 保険料 1(本人掛増) 2. ( ) 円					
★健康状態告知		告知日(ご記入日) 令和 7 年 11 月 1 日					
告知日		1167		1168		いいえ 1	
★他の保険契約等(※)		あり 1		いいえ 1		いいえ 1	
保険会社・共済組合		〇〇保険会社		保険種類		がん保険	
満期日		〇年〇月〇日		保険金額・支払限度額		〇〇円	

記入事項を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で訂正のうえ、被保険者印をご捺印ください。

ご希望の保険金額に○を付けてください。

補償内容が同様の保険契約を他に○を付け、右の欄に詳細をご記入ください。ご不明の場合は空欄とせず、各欄へ「詳細不明」と必ずご記入ください。

### クレジットカード決済申込書

有効期限切れのクレジットカードはご利用いただけません。

### クレジットカード決済を希望の方 クレジットカード決済申込書

▼共済掛金等を決済するクレジットカード情報をご記入ください。

●メックスカード、ダイアースカードの場合は、会員番号を左詰めでご記入ください。

クレジットカード番号	有効期限(月/年)	署名

私は、共済掛金等をクレジットカード決済に、[共済掛金等の決済クレジットカード]を指定

1.私が支払うべき共済掛金等を私が指定するクレジット

2.私が指定したクレジットカードの会員番号を裏面に記入し、

3.私が指定したクレジットカードの会員番号を裏面に記入し、

4.カード紛失等で私の指定したクレジットカードの会員番号が変

### ご指定可能なクレジットカード



被保険者本人名義のクレジットカードをご指定ください。

\*組合が取得した個人情報は、組合の行う共済事業・保険代理事業・サービスの案内等に利用し、その他の目的に利用することはありません。個人情報の取扱いに関する詳細については、組合のホームページに掲載しておりますので、ご参照ください。