

スケールメリットにより

**47.5%割引**

一時金で備える安心

# コープの三大疾病保険

団体総合生活補償保険 (MS&AD型)

自動更新

2024年始期版  
タブロイド(2プラン)

がん

脳卒中

急性  
心筋梗塞

先進  
医療

大切な組合員とそのご家族のために作った保険です



大好評 コープの  
三大疾病保険

さん だい しつ べい  
(団体総合生活補償保険 (MS&AD型))

持病があっても入りやすい!

✓ **2つの質問**で簡単申込み

✓ **100才**まで続く補償

✓ **保険料が47.5%割引**  
(団体割引等適用)

保険期間 2024年3月1日午前0時※より2025年3月1日午後4時の1年間(毎年3月1日更新)  
※新規加入の場合は午前0時、継続加入の場合は午後4時

お問い合わせは  
こちら

〈お問い合わせ先〉代理店・扱者

**茨城県庁生活協同組合**

受付時間 9:00~17:00 [土・日・祝休業]

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町978-6 県庁舎1階  
TEL 029-301-6150

●団体保険契約者:  
日本コープ共済生活協同組合連合会  
●引受保険会社:  
三井住友海上火災保険株式会社

団体保険は年度毎に保険料・補償内容等が変更となる場合があります。

この商品は損害保険であり、共済ではありません。

そもそもどのくらいの方ががんを含む三大疾病に?



入院患者の

約**5人に1人**が  
**三大疾病**



出典:厚生労働省 平成29年患者調査

「がん」「急性心筋梗塞」「脳卒中」を三大疾病といいます。入院患者の約5人に1人が三大疾病を原因としています。さらに、自覚症状がなくても、70代後半をピークに病気にかかるリスクは高まる傾向です。  
(参考:厚生労働省 平成29年患者調査より算出)

家族の安心のために、  
家計の負担にならない  
お手頃な保険で備えて  
おきたいですね!



私たち

とっても助かりました!

コープの三大疾病保険に加入された組合員の声



加入した時は使うと思って入って  
いなかったのですが、**コープの三大疾  
病保険は本当に入っていて良かった  
です。サービスも大満足です。**



まだまだ先の事と思っていましたが、  
**コープの三大疾病保険に入っていて  
よかったです。経済的に助か  
りました。ありがとうございました。**



病気で不安な時に振込まれるまでとても  
**早かったです!**16日に手術をし請求手続  
きの電話をしたところ、すぐに書類が届き  
ました。書類返送後、翌月1日には振込ま  
れました。**すばやい対応に感謝します。**



本当に一時金の有り難さを感じ  
ています。また、手続き後の入  
金も早い対応でした。**手続きは、  
親切丁寧でわかりやすい。この  
保険はととてもありがたいです。**

大切な組合員とご家族に一。

大切な組合員とご家族に

# コープの三大疾病保険

がん

急性心筋梗塞

脳卒中

の備えに

組合員本人とお子さまでご加入の場合



ご加入例 (保険の対象者の年齢例)  
スタンダードプラン  
200万円コース

10才

44才

月払保険料	180円	1,210円
三大疾病診断保険金	200万円	
三大疾病入院保険金	日額 3,000円	
三大疾病手術保険金	入院中 6万円 入院中以外 1.5万円 放射線治療 3万円	
三大疾病通院保険金	日額 3,000円	
先進医療費用保険金	1保険期間 2,000万円まで	

POINT!

一時金は使い道が自由!

まとまった一時金は治療だけでなく、生活費や教育費、ローン返済など、本当に困った費用に充てられます。



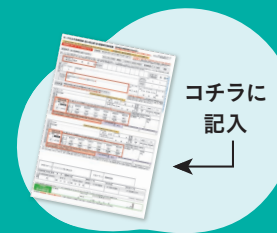
## お申し込み手続きについて

書面

でお申込み



裏面にございます、「加入申込票」に必要事項をご記入いただき  
代理店・扱者までご提出ください。  
詳しくは裏面をご覧ください。



※画像はイメージです。実際の加入申込票とは異なる場合があります。

補償内容・重要事項のご説明等はこちら

加入される方は、右リンク先の「ご加入内容確認事項」および「重要事項のご説明」について、PDFファイルにより提供を受けることに同意いただき、必ずお読みくださいますようお願いいたします。リンク先のPDFファイルはご加入者さまご自身の端末に保存または印刷をお願いします。書面の送付をご希望の場合は、お問い合わせ先までご連絡ください。

[https://coopkyosai.coop/dantai/lp/sandai/important\\_theory.pdf](https://coopkyosai.coop/dantai/lp/sandai/important_theory.pdf)



お問い合わせはこちら

〈お問い合わせ先〉代理店・扱者

### 茨城県庁生活協同組合

受付時間 9:00~17:00 [土・日・祝休業]

〒310-8555

茨城県水戸市笠原町978-6 県庁舎1階 TEL 029-301-6150

## ご加入の条件

加入可能な年齢	新規加入は2024年3月1日時点で0才(生後15日以上)~満84才までの方。継続加入は満100才まで。
加入者となれる方	日本コープ共済生活協同組合連合会に加盟する会員生協の組合員(満18才以上の方)
被保険者(補償の対象者)本人(*)となれる方	① 組合員本人 ② 組合員の配偶者 ③ 組合員もしくは組合員の配偶者の子 ④ 組合員およびその配偶者の同居・別居の両親 ⑤ 組合員の同居の兄弟姉妹 ⑥ 組合員の同居の親族(6親等内の血族および3親等内の姻族)

(\*)加入申込票の被保険者ご本人欄に記載の方をいいます。

\\ コープの三大疾病保険にご加入のお客さまとその同居のご家族の方専用サービスです //

生活サポートサービス

ご相談無料

日常生活に役立つさまざまなサービスを電話にてご利用いただけます。

健康・医療

介護

暮らしの相談

認知症・行方不明時の対応相談

情報提供・紹介サービス

健康・介護ステーション

インターネットにて健康・医療・介護に関する情報をご提供します。  
URL [https://www.ms-ins.com/kenko\\_kaigo/](https://www.ms-ins.com/kenko_kaigo/)

サービス受付電話番号

\*サービス受付の電話番号(通話料無料)は、ご加入後にお届けする加入者証の裏面をご覧ください

\*本サービスは予告なく変更・中止する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

詳しくは裏面へ お手頃な保険料で、充実の補償内容



## Q 加入条件は？ 持病があるんだけど…

### A 二つの質問に答えるだけです！

- 質問1** これまでに医師ががん(上皮内新生物を含む)・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞、脳内出血およびくも膜下出血)のいずれかと診断されたことがありますか？
- 質問2** 過去2年以内に、病気により医師の手術を受けたこと、または入院したことがありますか？
- ※初年度契約の補償開始日より前に発病した病気(その病気と因果関係があると診断された病気を含みます)については保険金をお支払いしません。ただし、補償開始後1年超経過してお支払いの事由に該当した場合は、因果関係を問わず保険金をお支払いします。  
※その他の加入条件(加入可能な年齢、加入者となる方など)は「ご加入の条件」をご確認ください。

## Q 補償期間はいつからですか？

### A 下記をご参照ください！

お申込み締切日と補償開始日	1 加入依頼書お申込み締切日	2 補償開始日	3 初回保険料の口座振替日	4 契約更新日
1 お申込み締切日: 毎月15日 2 補償開始日: お申込み締切日の翌々月1日午前0時 3 初回保険料の振替日: 補償が開始した翌月より、毎月給与控除(現職)・口座振替(ひばり会) (金融機関休業日の場合は翌営業日) ※解約される場合は毎月15日が解約書類提出締切日、補償終了日は解約書類提出締切日の翌月1日の午前0時、最終保険料の振替日は補償終了月の21日です	毎月15日	①の翌々月1日	②の翌月より毎月給与控除(現職)・口座振替(ひばり会)	3月1日

## 他にもこんなご質問が！

### Q1 この保険の対象になる三大疾病とはどんな病気ですか？

**A1** 以下の通りです。  
**がん**: 悪性新生物および上皮内新生物のことで、白血病、肉腫、骨肉腫、悪性リンパ腫等を含みます。  
**急性心筋梗塞**: 心臓に栄養を送る血管(冠動脈)が突然詰まる病気です(狭心症は含みません)。  
**脳卒中**: 脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血の総称で、脳血管が詰まったり破れたりする症状です。

### Q3 三大疾病診断保険金は何度でも受け取れますか？

**A3** 保険期間中に1回までなら三大疾病それぞれで受け取れます。また、支払事由に該当した日からその日を含めて1年を超えて同一事由に該当した場合は、同一の事由で複数回受け取れます。

### Q4 すでに他の保険(共済)で先進医療費用の補償に加入しています。この保険の先進医療費用にも加入する場合、先進医療費用は両方の保険(共済)から保険金を受け取れますか？

**A4** 他の保険契約等で同様の補償(先進医療費用保険金)がある場合、損害の額から他の保険契約等から支払われた保険金または共済金の合計額を差し引いた金額をお支払いいたします。

### Q5 加入者証はいつ届きますか？

**A5** 補償開始月の末に発送いたします。

### Q6 生命保険料控除の対象になりますか？

**A6** 介護医療保険料控除の対象となります。

### Q7 保険期間の途中で別のコースへ変更できますか？

**A7** できます。ただし、コースによっては改めて健康告知をいただく必要があります。詳しくは代理店・扱者までお問い合わせください。

### Q8 生協を脱退した場合はどうなりますか？

**A8** この保険は生協組合員専用の保険のため、脱退されると保険を継続することはできません。なお、再度他の生協に加入する場合(引越し等)、再加入先の生協でコープの三大疾病保険の取扱いがあれば、お手続きにより契約を継続することが可能です。

※画像はイメージです。実際の加入申込票とは異なる場合があります。



## 申込書でのお申し込みはコチラ! ご郵送下さい!

## プランとコース

- ご加入は、全6コースのうち1コースのみとなり、重複加入はできません。
- 死亡保険金はありません。
- ケガの補償はありません。(先進医療費用保険金を除きます)

### 6つのコースからお選びください

三大疾病診断保険金	三大疾病の補償をしっかりと手厚く! A スタンダードプラン				お手ごろな保険料で安心の補償! B シンプルプラン	
	300万円コース A3	200万円コース A2	100万円コース A1	50万円コース A05	200万円コース B2	100万円コース B1
三大疾病診断保険金	1保険期間 各1回を限度に				1保険期間 各1回を限度に	
三大疾病入院保険金	300万円	200万円	100万円	50万円	200万円	100万円
三大疾病手術保険金	入院中 6万円		入院中以外 1.5万円		放射線治療 3万円	
三大疾病通院保険金	日額 3,000円		日額 1,500円		入院中 3万円	
先進医療費用保険金	1保険期間 2,000万円まで		1保険期間 2,000万円まで		1保険期間 2,000万円まで	

※先進医療費用保険金をはずすことができます。

三大疾病診断保険金における所定の状態	<b>がん</b> : がん(悪性新生物および上皮内新生物)と診断された場合	<b>急性心筋梗塞</b> : 急性心筋梗塞と診断され、その治療のため入院した場合	<b>脳卒中</b> : 脳卒中と診断され、その治療のため入院した場合
--------------------	--	---	-------------------------------------

※詳しくは、Q&Aおよび「重要事項のご説明」をご確認ください。

## 月払保険料 男女共通 2024年3月1日時点での満年齢です。

●更新について…保険は1年更新で、5才きざみで保険料が変わります。

## 先進医療費用保険金をはずす場合

記載の保険料から80円差し引いた保険料となります。

被保険者年齢	A スタンダードプラン				B シンプルプラン	
	300万円コース A3	200万円コース A2	100万円コース A1	50万円コース A05	200万円コース B2	100万円コース B1
0(注)~4才	230円	200円	160円	50才以上の方 生年月日が 昭和49年3月1日以前 のためのコース 先進医療費用保険金 以外の補償を少なくす ることで保険料の負 担を減らしたコース	160円	50才以上の方 生年月日が 昭和49年3月1日以前 のためのコース 先進医療費用保険金 以外の補償を少なくす ることで保険料の負 担を減らしたコース
5~9才	220円	190円	150円		160円	
10~14才	210円	180円	140円		160円	
15~19才	210円	180円	140円		160円	
20~24才	240円	200円	150円		180円	
25~29才	500円	370円	240円		340円	
30~34才	820円	590円	350円		550円	
35~39才	1,210円	850円	500円		790円	
40~44才	1,750円	1,210円	680円		1,140円	
45~49才	2,580円	1,780円	990円		1,660円	
50~54才	3,210円	2,240円	1,260円	2,030円	1,050円	
55~59才	5,070円	3,520円	1,970円	1,030円	3,180円	
60~64才	9,510円	6,540円	3,570円	1,820円	6,020円	
65~69才	12,780円	8,810円	4,830円	2,460円	8,030円	
70~74才	16,580円	11,480円	6,390円	3,240円	10,270円	
75~79才	18,040円	12,730円	7,430円	3,750円	10,680円	
80~84才	11,900円	8,980円	6,050円	3,060円	5,930円	
85~100才	9,400円	7,470円	5,540円	2,800円	3,940円	2,010円

(注)2024年3月1日時点で生後15日以上

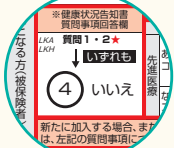
※保険料は前年度ご加入いただいた被保険者の人数と保険金の支払状況に従った割引率で決定されます。また、更新時に保険料改定等により保険料が変更となることがあります。

## 健康に関する告知質問事項

- 以下の「健康に関する告知ご回答のご案内」をご覧ください。質問事項にご回答ください。
- 「コープの三大疾病保険(団体総合生活補償保険(MS&AD型))」にお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。
- この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、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。
- 下記の質問事項には、組合員(加入者)ご自身がお答えください。

質問事項	
質問 ①	これまでに医師にがん(上皮内新生物を含む)・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞、脳内出血およびくも膜下出血)のいずれかと診断されたことがありますか?
質問 ②	過去2年以内に、病気により医師の手術を受けたこと、または入院したことがありますか? ※新型コロナウイルスによる自宅療養等は入院歴にはあたりません。妊娠・出産に関わる手術歴・入院歴については、告知は不要です。

質問1および質問2に対する回答が  
いずれも「いいえ」の場合のみ、お引き受けします。



(ご注意)普通保険約款およびセットされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。

なお、初年度契約の補償開始時より前に発病<sup>(※1)</sup>した病気<sup>(※2)</sup>については保険金をお支払いしません。

(※1)「発病」とは、医師が診断(人間ドックや定期健康診断での指摘を含みます)した発病をいいます。発病日は「初診日」または「要再検査・要精密検査・要治療となった健康診断の受診日」となります。ただし、先天性異常については、医師が診断したことによりはじめて発見されることをいいます。

(※2)初年度契約の補償開始時より前に罹患していた既往症と因果関係があると診断された病気を含みます。ただし、補償開始後1年経過後してお支払いの事由に該当した場合は、因果関係を問わず保険金をお支払いします。

### コープの三大疾病保険 健康に関する告知ご回答のご案内(必ずお読みください)

以下の注意点をお読みいただき、健康に関する告知をご回答ください。

<継続加入の場合で、保険責任を加重<sup>(\*)</sup>することなく継続いただく場合には、あらためて健康に関する告知をいただく必要はありません。>

(\*)保険金額の増額(100万円コースから200万円コースへの変更・特約の追加等)等、疾病に関する補償を拡大することをいいます。

#### 1.健康に関する告知の重要性

健康状況について告知いただく内容は、引受保険会社が公平な引受判断を行うための重要な事項です。必ず加入者本人が被保険者(補償の対象者)全員について、ありのままを正確に漏れなくご回答ください。

#### 2.正しく告知されなかった場合のお取扱い

「健康に関する告知質問事項」について、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には、ご加入内容が解除または取消しとなり、保険金をお支払いできないことがあります。

#### 3.書面によるご回答のお願い

○代理店・扱者には告知受領権があり、代理店・扱者に対して告知いただいた事項は、引受保険会社に告知いただいたものとなります。○代理店・扱者への口頭によるご回答では、健康状況を告知いただいたことになりません。必ず加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」へのご記入、または、インターネット加入システムにてご回答いただきますようお願いいたします。

#### 4.健康に関する告知が必要な方

「健康に関する告知質問事項」に該当された場合、お引受けできません。

#### 5.現在のご契約を解約・減額され、新たにご加入を検討されているお客さまへ

重要事項のご説明(注意喚起情報)をご覧ください。

#### 6.保険期間の開始前の発病等のお取扱い

上記「健康に関する告知質問事項」の「ご注意」および、補償内容・重要事項のご説明等をご覧ください。

#### 7.その他ご留意いただく点

○ご加入のお申込後または保険金のご請求の際、引受保険会社の社員または引受保険会社で委託した確認担当者が健康状況の告知内容等を確認させていただきます。○「健康に関する告知質問事項」にご回答いただいた後に、万一、告知内容の漏れ・誤りに気づかれた場合は代理店・扱者または引受保険会社までご連絡ください。告知内容の訂正の手続きをご案内します。ただし、お申出内容によっては訂正をお受けできずご加入をそのまま継続いただけない場合があります。

切り取り後、生協の地域担当者に一声かけてお渡しく下さい。

## コープの三大疾病保険 加入申込票 兼 健康状況告知書 (団体総合生活補償保険(MS&AD型))

ご記入の際はもれなく消せない黒のボールペンでご記入ください。

000 444 020 994 354  
RAB1 03 88 LF ④

ご記入はSTEP1・2いずれも組合員(加入者)ご本人でご記入ください。★の項目は加入者の訂正署名(フルネーム)が必要です。

使用期限: 令和6年12月15日お申込みまで

保険期間 令和6年3月1日から令和7年3月1日まで

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

### STEP 1 加入者情報をご記入ください。

新たにご加入する場合(新規加入) ご加入済みで、追加加入する場合(被保険者追加) コース変更 増額

私は、「コープの三大疾病保険」のパンフレット、「重要事項のご説明」、「ご加入内容確認事項」等を確認し、これらを書面もしくは電子データなど団体が定める方法で受領すること、および個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。また、私から特段の申し出をしない限り、以降、毎年3月1日を継続日としてこの保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。

010 申込日 兼告知日	令和 R 年 月 日	017 組合員番号 (右詰で記入)			
組合員(加入者) ご住所	カタカナ 012 〒(郵便番号)	[399] (漢字)	電話番号 (携帯もしくは自宅)	011	-
組合員氏名 (加入者兼告知者)	307 カタカナ 組合員(加入者)本人がフルネームでご署名ください。★ [347]	性別	982	生年月日	980
		男(1) 女(2)		(T)大正 (S)昭和 (H)平成	満 才
				年 月 日	

### STEP 2 保険の対象となる方の情報を加入者となる方がご記入ください。加入者と被保険者が同じ場合でもご記入が必要です。

※三井住友海上火災保険株式会社 宛 左頁の健康状況告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。「健康状況告知書ご記入のご案内」を受け取り、内容を了解しました。

2024年(令和6年)3月1日現在の年齢をご記入ください。

390 ① 加入者氏名	J04 カナ [L67] 漢字	302 ※性別 男(1) 女(2)	303 ※年齢 満 才	み加入者から た続柄 L18	本人① 配偶者② 子③ 両親④ 同居の兄弟姉妹⑤ 同居の親族⑥
※健康状況告知書 質問事項回答欄	300 加入コース(ご希望のコース1つに○をつけてください) 572① ★	スタンダードプラン		シンプルプラン	
LKA LKH 質問1・2★ ↓ 4 いいえ	先 進 医 療	あり コース 300万円 A3	200万円 A2	100万円 A1	50万円 A05
	なし コース 300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2
		100万円 D1			
新たに加入する場合、または、保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。		※他の保険契約等(注) (あり)		疾病による入院保険金日額(合計)	疾病による通院保険金日額(合計)
				円	円

2024年(令和6年)3月1日現在の年齢をご記入ください。

390 ② 加入者氏名	J04 カナ [L67] 漢字	302 ※性別 男(1) 女(2)	303 ※年齢 満 才	み加入者から た続柄 L18	本人① 配偶者② 子③ 両親④ 同居の兄弟姉妹⑤ 同居の親族⑥
※健康状況告知書 質問事項回答欄	300 加入コース(ご希望のコース1つに○をつけてください) 572① ★	スタンダードプラン		シンプルプラン	
LKA LKH 質問1・2★ ↓ 4 いいえ	先 進 医 療	あり コース 300万円 A3	200万円 A2	100万円 A1	50万円 A05
	なし コース 300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2
		100万円 D1			
新たに加入する場合、または、保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。		※他の保険契約等(注) (あり)		疾病による入院保険金日額(合計)	疾病による通院保険金日額(合計)
				円	円

(注)スタンダードプランにご加入で同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、団体総合生活補償保険等の病気に対して保険金が支払われる他の保険契約等を含む)、積立保険を含みます)があり、また、「あり」の場合、「あり」に○印のうえ、必ず○印の隣の欄にご記入ください。ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。(他の保険会社等における契約、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。)

生協名(カナ) 018	イバラキケンチョウセイキョウ	生協コード 019	1490008
生協使用欄	受付日 令和 年 月 日	事業所名	事業所コード
担当者名	担当者コード		
R50 合計保険料	受付担当	受付日	中途加入始期日
円	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
098 加入者番号	099 旧加入者番号	331 特記事項(カナ)	

被保険者記入欄が不足する場合や記載事項の確認については生協職員ではなく、代理店までお問合わせください。

DC230901-A 2023.9/AHJ62

この加入申込票は、複写式ではありません。「コープの三大疾病保険」のご加入控となりますので切り取っていただき、加入者証が届くまで大切に保管願います。

生協の係記入	加入者氏名	申込みコース名	受付日	受付者印
「コープの三大疾病保険」 加入申込票本人控		保険料欄	円 令和 年 月 日	店 センター

加入者証は、補償開始後、1か月以内に郵送されます。<ご注意>保険料を2か月連続してお引き落としが出来ない場合、ご契約を解除させていただきます。

## 加入申込票 記入例

生協花子  
訂正、取消の場合は二重線で消し、訂正箇所には訂正署名(フルネーム)または訂正印を押印ください。

A ご記入はSTEP1・2いずれも組合員(加入者)ご本人でご記入ください。

B 団体契約の保険始期(2024年3月1日)現在の満年齢をご記入ください。  
※2024年3月1日現在の満年齢により保険料が決定するためです。

C 加入者と被保険者が同じ場合でも、ご記入ください。

使用期限: 令和6年12月15日お申込みまで	保険期間 令和6年3月1日から令和7年3月1日まで	※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。			
STEP 1 加入者情報をご記入ください。必ずご記入ください。	新規加入 ご加入済みで、追加加入する場合(被保険者追加) コース変更 増額				
私は、「コープの三大疾病保険」のパンフレット、「重要事項のご説明」、「ご加入内容確認事項」等を確認し、これらを書面もしくは電子データなど団体が定める方法で受領すること、および個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。また、私から特段の申し出をしない限り、以降、毎年3月1日を継続日としてこの保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。					
010 申込日 兼告知日	令和 R 6 年 1 月 10 日	017 組合員番号 1 2 3 4 5 6			
組合員(加入者) ご住所	トウキョウトチヨダクカダスルガダイ3-11-1 101-8011	電話番号 (携帯もしくは自宅)			
011	090-0000-1234				
組合員氏名 (加入者兼告知者)	307 カタカナ セイキョウ ハナコ 組合員(加入者)本人がフルネームでご署名ください。★ 生協 花子	性別			
	982	980			
	男(1) 女(2)	(T)大正 (S)昭和 (H)平成			
	55 年 5 月 1 日	満 43 才			
STEP 2 保険の対象となる方の情報を加入者となる方がご記入ください。加入者と被保険者が同じ場合でもご記入が必要です。	2024年(令和6年)3月1日現在の年齢をご記入ください。				
390 ① 加入者氏名	J04 カナ [L67] 漢字	302 ※性別 男(1) 女(2)	303 ※年齢 満 47 才	み加入者から た続柄 L18	本人① 配偶者② 子③ 両親④ 同居の兄弟姉妹⑤ 同居の親族⑥
※健康状況告知書 質問事項回答欄	300 加入コース(ご希望のコース1つに○をつけてください) 572① ★	スタンダードプラン		シンプルプラン	
LKA LKH 質問1・2★ ↓ 4 いいえ	先 進 医 療	あり コース 300万円 A3	200万円 A2	100万円 A1	50万円 A05
	なし コース 300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2
		100万円 D1			
新たに加入する場合、または、保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。		※他の保険契約等(注) (あり)		疾病による入院保険金日額(合計)	疾病による通院保険金日額(合計)
				円	円

D 複数の保険契約にご加入の場合は、全ての保険契約の合計金額をご記入ください。