



# ささえ愛加入申込票記入例

「変更」・「12月1日解約」・「解約」の場合

※加入申込票の1~2枚目を職場の生協役員（組合担当者）にご提出ください。（郵送組合員の方は同封の返信用封筒にてご返送ください。）3枚目はお客さまの控えとなります。  
 ※現在の契約内容で更新する場合（変更・解約がない場合）は2022年12月1日での自動更新となりますので、加入申込票のご提出は必要ありません。

- 1 氏名（漢字・ご署名）欄にご署名ください。
- 2 記入日（申込日）をご記入ください。
- 3 申込票の右上【★職業・職種名】欄の該当の職種に○をご記入ください。該当する職種がない場合はカタカナで職種をご記入ください。

## 住所・氏名等の変更

印字の住所・カナ氏名に変更がある場合、二重線で消していただき、新しい住所・カナ氏名をご記入ください。

## 申込区分の記入

「解約」の場合、1 のように申込区分欄の「解約」に○印をご記入ください。  
 ※一斉募集受付の2022年12月1日満期での解約の場合は、申込区分欄の「12月1日解約」に○印をご記入ください。中途解約の場合は、申込区分欄の「解約」に○印をご記入ください。

「変更」の場合、2 のように申込区分欄の「変更」に○印をご記入ください。

## 4 基本契約を変更する場合

基本契約を変更される場合、3 のように加入されているセット（ファミリーセット（上段）、夫婦セット（中段）、パーソナルセット（下段））の○印を二重線で消していただき、ご希望のセットに○印をご記入ください。あわせて、5 その他オプションに印字の○印も二重線で消していただき、変更後の基本契約のセット欄に○印をご記入ください。また、パーソナルセットの場合は組合員ご本人・親以外の方、ならびに夫婦セットの場合は組合員ご本人と配偶者・親以外の方は医療保障・医療オプションに加入できませんので、ご対象以外の方が医療保障・医療オプションに加入されている場合は、7 のように二重線で消してください。  
 ※親は基本契約のセットを問わず医療保障・医療オプションにご加入いただけます。

## 保障を変更する場合

4 のように、変更する保障の○印を二重線で消していただき、新しい保障に○印をご記入ください。

## 保障を追加する場合

5 のように、追加される保障に○印をご記入ください。

## 保障を削除する場合

6 のように、削除される保障の○印を二重線で消してください。

## 7 「医療保障・医療オプション」加入者を追加・削除する場合

削除の場合、7 のように、削除される方の欄を二重線で消してください。追加の場合、8 のように、追加される方のカナ氏名（読み取りやすい字体で）、続柄、性別、生年月日、2022年12月1日時点の年齢、医療保障のコースおよびご希望の医療オプションをご選択の上○印をご記入ください。

## 告知について

### 申込票左下の【★他の保険契約等】欄

過去3年以内に同種の保険金を請求したことのある場合、他に同種の保険契約等がある場合はご記入ください。

6 組合員ご本人について、所得保障オプションに追加加入、増額、免責日数の短縮をする（保障内容が拡大する）場合は、健康状況告知書質問事項の質問1に沿って質問事項にご回答いただき、該当する場合は傷病名をご記入ください。

10 医療保障・医療オプションに追加加入、増額する場合は健康状況告知書質問事項の質問1に沿って質問事項にご回答いただき、該当する場合は傷病名をご記入ください。なお、70歳以上の方で質問1に該当する方は、医療保障・医療オプションの追加加入、増額はできません。

- ・抗がん剤治療保障に追加加入、増額をされる方は健康状況告知書質問事項の質問1に加え、質問2に沿って質問事項にご回答ください。なお、質問2に該当する方は、抗がん剤治療保障の追加加入、増額はできません。
- ・介護一時金保障・介護年金保障に追加加入、増額をされる方は健康状況告知書質問事項の質問1に加え、質問3に沿って質問事項にご回答ください。なお、質問3に該当する方は、介護一時金・介護年金保障の追加加入、増額はできません。

2022年度 ささえ愛（全国電力生活協同組合連合会総合医療保障プラン）加入申込票健康状況告知書解約依頼票

1 提出用（代理店用）

1 ~ 10 の番号に沿ってお申込ください。

★印の項目は、ご契約に際して引渡保険会社が必ずお知らせする特約事項（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この告知事項をお読みください。

1 漢字でご署名ください

2 記入日をご記入ください

3 職業・職種名をお選びください（解約の場合を除く）

4 基本契約

5 その他オプション

6 (本人向け)所得保障オプション

7 加入者ご本人

8 医療保障

9 医療オプション

10 質問事項にご回答ください

★他の保険契約等

健康状況告知書質問事項

質問1

質問2

質問3

0000001

DC220504 2022.06/ANF63

記入例  
加入申込票