

ささえ愛加入申込票記入例

新規加入の場合

※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。

申込区分の記入

申込票の左上【申込区分】等欄の新規に○印をご記入ください。

組合員情報の記入

住所、組織・所属名、組合員番号等必要項目をご記入ください。

- 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○印をご記入ください。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。

4 基本契約の加入（必ずご加入ください）

家族構成に合わせてファミリーセット（家族契約）、夫婦セット（夫婦契約）、パーソナルセット（本人契約）をご選択のうえ、ご希望の口数に○印をご記入ください。

5 その他オプションの加入

ご希望のオプションをお選びください。

※基本契約でファミリーセットに加入の場合は上段へ、夫婦セットに加入の場合は中段へ、パーソナルセットに加入の場合は下段へ○印をご記入ください。

6（本人向け）所得保障オプションの加入（告知必要）

所得保障はご希望のコースの免責日数（4日または7日）を、長期所得保障はご希望のコースをご選択ください。

※勤労所得のない組合員は加入できません。

※所得保障は70歳以上、長期所得保障「5年型」は65歳以上、「60才型」は60歳以上の組合員は加入できません。

7 8 医療保障の加入（告知必要）

医療保障へご加入される方のカナ氏名（読み取りやすい字体）、続柄、性別、生年月日、2024年12月1日時点の年齢をご記入のうえ、ご希望の医療保障のコースに○印をご記入ください。

※配偶者は基本契約でファミリーセットまたは夫婦セットに加入の

場合のみ、組合員ご本人・配偶者・親以外のご家族は基本契約でファミリーセットに加入の場合のみご記入いただけます。

※親はご加入の基本契約のセットを問わずご記入いただけます。

9 医療オプションの加入（告知必要）

ご希望の医療オプションをご選択のうえ、○印をご記入ください。

※医療保障に加入しない方は医療オプションへは加入できません。

※ガン保障と成人病保障は合わせて400万円が限度となります。

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新たに加え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ください。

10 医療保障・医療オプションに新たに加え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・医療オプションの新規加入はできません。

・抗ガン剤治療保障に新規加入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、抗ガン剤治療保障の新規加入はできません。

・介護一時金保障・介護年金保障に新規加入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・介護年金保障の新規加入はできません。

2024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兼解約依頼票

【加入時の確認事項】「個人情報の取扱い」「健康状況告知」については、最終ページ（お客様様）裏面に記載事項をご確認ください。

★印の項目は、ご契約に際して引当保険会社が必ずおこなう重要な事項（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確認のうえご記入ください。

1~10の番号に沿ってお申込ください。

（ご記入にあたっては、必ずこの用紙の裏面に記載の注意事項を必ずご確認ください。）

1 速くで書名をください

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 医療保障

8 医療オプション

9 医療オプション

10 質問事項にご回答ください

11 健康状況告知書質問事項

12 健康状況告知書質問事項

13 健康状況告知書質問事項

14 健康状況告知書質問事項

15 健康状況告知書質問事項

16 健康状況告知書質問事項

17 健康状況告知書質問事項

18 健康状況告知書質問事項

19 健康状況告知書質問事項

20 健康状況告知書質問事項

21 健康状況告知書質問事項

22 健康状況告知書質問事項

23 健康状況告知書質問事項

24 健康状況告知書質問事項

25 健康状況告知書質問事項

26 健康状況告知書質問事項

27 健康状況告知書質問事項

28 健康状況告知書質問事項

29 健康状況告知書質問事項

30 健康状況告知書質問事項

31 健康状況告知書質問事項

32 健康状況告知書質問事項

33 健康状況告知書質問事項

34 健康状況告知書質問事項

35 健康状況告知書質問事項

36 健康状況告知書質問事項

37 健康状況告知書質問事項

38 健康状況告知書質問事項

39 健康状況告知書質問事項

40 健康状況告知書質問事項

41 健康状況告知書質問事項

42 健康状況告知書質問事項

43 健康状況告知書質問事項

44 健康状況告知書質問事項

記入例

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2024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、一斉募集受付の2024年12月1日満期での解約は1のように申込区分欄の「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「速やかに解約」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、2024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。

- ・抗ガン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、抗ガン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。

2024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）

2. 記入日（申込日）

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. 医療保障

8. 医療オプション

9. 介護一時金・介護年金

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

★加入者が家族（配偶者、子、親、その他親類）の場合は加入者本人に代わってご回答ください。

記入例