

団体生命共済・長期共済 (新団体年金共済) 加入・変更申込書 親子共済 (個人長期生命共済)

全国労働者共済生活協同組合連合会 (こくみん共済 coop) 御中

<誓約・同意事項> 貴生協の趣旨に賛同し、加入します。貴生協が取り扱うこくみん共済 coop<全労済>の団体生命共済・個人賠償責任共済・長期共済/税制適格年金・親子共済・交通災害共済の各事業規約・同細則に定められた契約上の内容を了承し、被共済者の同意の上、共済契約を申し込みます。申込書および告知に記載の各事項が、事実と相違ないことを被共済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、当該事項について訂正されても異議ありません。なお、契約者等の個人情報が、本人確認・共済契約の締結・維持管理、共済金の支払いなどの判断に関する業務や事業、各種共済商品、各種サービスの案内などの目的のために利用されることを被共済者とともに同意します。また、所属する労働組合を通じ加入する場合は、これらの個人情報労働組合へ提供されることを被共済者とともに同意します。※個人情報の取扱いに関する詳細は、H P等のプライバシーポリシーをご参照ください。

県	組合	支部	職場コード	職員コード	組員番号	組合名
						職場名

申込書記入日	申請区分	申込締切日	発効日	満期日
20 年 月 日	① 加入します ② 契約を変更します	20 年 月 日	20 年 月 1 日	20 年 月 末日

フリガナ	重要事項を確認し、内容を承諾した上で申し込みます。	居住地	長期共済・税制適格年金に新規加入の方は、以下の質問に回答してください。 ご契約者様の居住地・納税義務国は日本のみですか? こくみん共済 coop<全労済>は、OECD共通報告基準適用国である日本の国内法にもとづき、特定の非居住者のご契約情報を所轄税務署長に報告します。
自署			はい いいえ

組合員 (契約者)	生年月日	⑨:19 ⑩:20 年 月 日	発効日時点の年齢	歳	性別	①男 ②女
健康告知	一般用告知	①通常 ②非通常 ③準通常 ④高血圧	団体生命共済	長期共済 (月払)	長期共済 (半年払)	交通災害共済
健康告知	医療用告知	①通常 ②非通常 ③高血圧	医療コース	税制適格年金 (月払)	税制適格年金 (半年払)	備考欄
健康告知	医療用告知	①通常 ②非通常 ③高血圧	医療コース	① 5,000円コース ② 10,000円コース	① 30,000円コース ② 60,000円コース	

続柄に○を記入してください。	被共済者番号	フリガナ	生年月日	発効日時点の年齢	性別
①配偶者 ②子ども ③その他			⑨:19 ⑩:20 年 月 日	歳	①男 ②女

健康告知 1	一般用告知	①通常 ②非通常 ③高血圧	団体生命共済	親子共済	交通災害共済	備考欄
健康告知 1	医療用告知	①通常 ②非通常 ③高血圧	医療コース	団体生命共済子ども契約は、以下の加入要件をすべて満たしている場合のみ、加入・更新が可能です。要件を1つでも満たさなくなった場合、ご加入いただけません。解約手続きが必要ですのでお手数ですが所属組合までご連絡ください。 □ 24歳以下であること □ 未婚であること □ 組合員または配偶者と同一生計		

続柄に○を記入してください。	被共済者番号	フリガナ	生年月日	発効日時点の年齢	性別
①配偶者 ②子ども ③その他			⑨:19 ⑩:20 年 月 日	歳	①男 ②女

健康告知 2	一般用告知	①通常 ②非通常 ③高血圧	団体生命共済	親子共済	交通災害共済	備考欄
健康告知 2	医療用告知	①通常 ②非通常 ③高血圧	医療コース	団体生命共済子ども契約は、以下の加入要件をすべて満たしている場合のみ、加入・更新が可能です。要件を1つでも満たさなくなった場合、ご加入いただけません。解約手続きが必要ですのでお手数ですが所属組合までご連絡ください。 □ 24歳以下であること □ 未婚であること □ 組合員または配偶者と同一生計		

続柄に○を記入してください。	被共済者番号	フリガナ	生年月日	発効日時点の年齢	性別
①配偶者 ②子ども ③その他			⑨:19 ⑩:20 年 月 日	歳	①男 ②女

健康告知 3	一般用告知	①通常 ②非通常 ③高血圧	団体生命共済	親子共済	交通災害共済	備考欄
健康告知 3	医療用告知	①通常 ②非通常 ③高血圧	医療コース	団体生命共済子ども契約は、以下の加入要件をすべて満たしている場合のみ、加入・更新が可能です。要件を1つでも満たさなくなった場合、ご加入いただけません。解約手続きが必要ですのでお手数ですが所属組合までご連絡ください。 □ 24歳以下であること □ 未婚であること □ 組合員または配偶者と同一生計		

団体生命共済	個人賠償責任共済 (月額 200円)	① 付帯する ② 付帯しない	【「付帯する」場合「他の保険の有無」についてお答えください】他の個人賠償責任共済 (偶然な事故により法律上の損害賠償責任を負担することによる損害を補償する保険・共済) に加入している。 ① 該当する (他保険加入あり) ② 該当しない (他保険加入なし)	円
--------	--------------------	----------------	--	---

*個人賠償責任共済を解約する場合は、「②付帯しない」を選択してください。

*申込書提出時は、記入不備や押印もれがないことを確認してください。

事務処理欄	単組支部	単組本部	県支部	推進本部	居住地国確認
	受付日	/	/	受付日	/
	点検	未・済	未・済	未・済	パンチ提出
	送付日	/	/	/	登録日
	確認印	印	印	印	確認印

組員合計	現掛金	差額	新掛金
	月払	円	円
	半年払	円	円

マイカー共済を除く、すべての掛金額をご記入ください。

▶ 加入・増額時は別紙の「健康告知について」をご確認のうえ、告知の記入をお願いします。