返信用封筒に入れてご返送ください。

加入申込書記入例

受付日		年	月	日	26.9
組合員番号		加入者番号		団体番号	

記入日を必ず書いてください。

「重要事項説明書」を了承していただいたうえ、必ず契約者ご本人がご記入ください。

ご希望のコースと特約に○をしてください。

神戸市民生活協同組合　御中

記入日　○○ 年　△△ 月　□□ 日　今回の申込みは　1. 新規　2. 変更

※記入日など必要事項をもれなく正確にご記入ください。
※加入申込書の記入後は速やかに投函してください。

契約者

「重要事項説明書」の記載事項を了承し、以下の内容で契約を申し込みます。

自署		
フリガナ	セイキョウ	タロウ
氏名	氏 生協	名 太郎

ご住所 〒(650 − 0032)（マンション名、号棟、号室もご記入ください。）
神戸市中央区伊藤町111番地

生年月日：昭和　平成　西暦　55 年 9 月 1 日　性別：男　女

電話番号：自宅 (078) 123 − 1234　自宅以外 (090) 1234 − 1234

ご加入者（被共済者）氏名	契約者との続柄	生年月日	性別	基本コース	特約	告知欄
フリガナ セイキョウ タロウ／氏 生協 名 太郎	0 本人　1 配偶者　2 子　3 親　4 兄弟姉妹	昭和　平成　令和　55 年 9 月 1 日	男　女	2000円　3000円	ガン特約　通院特約　女性特約	1 2 3 4 5
フリガナ セイキョウ ハナコ／氏 生協 名 花子	0 本人　1 配偶者　2 子　3 親　4 兄弟姉妹	昭和　平成　令和　56 年 10 月 2 日	男　女	2000円　3000円	ガン特約　通院特約　女性特約	1 2 3 4 5
フリガナ／氏　名	0 本人　1 配偶者	昭和　平成　令和　年　月　日	男　女	3000円	女性特約	5

いずれかを選択し、○をしてください。

該当する告知事項がある場合は○をしてください。

掛金の払込方法（右記のいずれかに○をしてください。） 1 自動口座振替　2 クレジットカード払

※②クレジットカード払を選択された方は下記の口座振替依頼書へのご記入は不要です。
後日お送りするクレジットカード決済申込書をご記入のうえ、ご返送ください。

下記「告知事項」をお読みになりご回答ください。

告知事項　告知事項に該当される方は加入できません。

訂正箇所は二重線で消して訂正してください。
訂正は契約者名の「訂正印」または「フルネームの署名」が必要です。
修正液・修正テープは使用できません。

訂正例❶ 訂正印による訂正　2000円
訂正例❷ 署名による訂正　2000円　生協太郎

ご注意点

●下図の「印鑑不鮮明」「重ね押し」「印鑑違い」等に該当される場合は、お手数ですが印鑑が重ならないよう再度ご捺印ください。

不鮮明　重ね押し　印鑑相違

●ご訂正される場合は、必ず二重線を引かれたうえ、訂正印をご捺印ください。その際、訂正印は必ず通帳印（届出印）と同じ印鑑をご使用ください。
（他の印鑑では訂正印となりませんのでご注意ください）

■訂正例

口座名義人	フリガナ　セイキョウ　タロウ	お届け印
	生協 ~~花子~~ 太郎	生協

●修正液、修正テープ、紙貼り等は使用しないでください。
●鉛筆でのご記入はしないでください。　●消えるペンでのご記入はしないでください。　●なぞり書き、重ね書きはしないでください。
●通帳届出印以外の印鑑を誤ってご捺印されるケースが増えております。十分にご確認のうえご捺印くださいますよう、よろしくお願いいたします。

(1)投薬とは、医師の処方箋により処方…る状態または柔道整復師による施術…別に定める疾病※については、検査中…入院や手術をすすめられている場合…
(2)検査中とは、医師の指導の下で受け…
(3)医師から治療をすすめられていると…

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書

必ず金融機関へのお届け印（通帳印）をはっきりとご捺印ください。

フリガナを必ずご記入ください。

押し直すときは印鑑と印鑑が重ならないようにしてください。

委託会社名：三井住友カード株式会社（旧SMBCファイナンスサービス）
委託事業名：神戸市民生活協同組合　収納先番号：301510

金融機関用

口座名義人	フリガナ　セイキョウ　タロウ／生協 太郎	お届け印	生協

ゆうちょ銀行以外の金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。　銀行コード　支店コード

どちらか一つお選びください

ゆうちょ銀行以外の金融機関：○○○　銀行　信組　労金　信金　農協　三宮　本店　支店　出張所
預金種目（○印）：1. 普通（総合）　2. 当座　口座番号（右づめ）：1234567

訂正された場合はお届け印をご捺印ください。振替日、払込日:27日（金融機関休業日の場合は翌営業日）

ゆうちょ銀行：契約種別コード 30　通帳記号　※　通帳番号（右からつめてご記入ください）

※欄は、通帳の記号の後にハイフンと数字がある場合のみご記入ください。
ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

払込先口座番号	01140-9-52404	払込先加入者名	神戸市民生活協同組合

金融機関使用欄

…がありましたら、該当箇所に○印を…不備返却先にご返送ください。
…西区北堀江3-6-11 …オンライン口座振替係
〈ゆうちょ銀行〉〒650-0032　兵庫県神戸市中央区伊藤町111番地　神戸商工中金…
神戸市民生活協同組合　TEL 0120-81-9431

1. 口座番号相違　2. 預金種目相違　3. 口座名義人相違
4. 印鑑相違　5. 口座なし　6. 印鑑不鮮明　7. 店名相違
8. 記号番号相違
9. その他（　　　）

検印　印鑑照合　受付印

私は、三井住友カード株式会社から請求された共済金等を私名義の左記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

預金口座振替規定（ゆうちょ銀行からの自動払込を除く）

1.三井住友カード株式会社より銀行（金庫・組合）に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳および払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
2.振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。）をこえる時は私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
3.この契約を解約するときは、私から銀行（金庫・組合）に書面により届け出ます。なお、この届け出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の理由がある時は、とくに申出をしない限り、銀行（金庫・組合）はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。
4.この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行（金庫・組合）の責めによる場合を除き、銀行（金庫・組合）には迷惑をかけません。

必ずお届け印と同じ印鑑をご捺印ください。

お届け印（捨印）　生協

※お届け印はハッキリと押して下さい。（押し直すときは、重ならないように）

お届け印と同じ印（ゆうちょ銀行は除く）

組合使用欄

谷折りにしてください　谷折り〈切り取らないでください〉

加入申込書「告知事項」の慢性疾患について

※慢性疾患とは、次に掲げるものをいいます。
①悪性腫瘍（ガン、肉腫など）②消化器疾患（十二指腸潰瘍、胃潰瘍、ウイルス性肝炎、アルコール性肝炎、肝硬変、胆嚢炎、膵炎、胆石など）③循環器疾患（狭心症、心筋梗塞、不整脈、高血圧症など）④呼吸器疾患（気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患、間質性肺炎、肺線維症、肺結核など）⑤神経・筋疾患（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、髄膜炎、てんかん、筋炎など）⑥腎・尿路疾患（腎炎、ネフローゼ、前立腺肥大、尿路結石、腎結石など）⑦代謝・内分泌疾患（糖尿病、痛風、甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症など）⑧精神疾患（統合失調症、アルコール症、うつ病、躁うつ病、気分障害など）⑨運動器疾患（骨髄炎、関節炎、変形性関節症、変形性腰椎症、椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症など）⑩血液疾患（貧血、白血病、リンパ腫など）⑪アレルギー性疾患および膠原病（リュウマチ、ベーチェット病など）⑫耳鼻咽喉および眼疾患（中耳炎、メニエール病、白内障、緑内障など）⑬女性性器疾患（子宮筋腫、卵巣腫瘍、子宮内膜症など）

加入申込記入例
右記から読み取ってご覧ください。

※別に定める疾病とは、次の「軽度の病気および状態」とします。

歯	色素沈着、歯垢、歯石、虫歯、う歯、う蝕症、咬耗症、摩耗症、さし歯、入歯、歯の破折、歯の折れ、歯冠破折、歯根破折、歯槽膿漏症、歯髄炎、歯周炎、歯周症、歯肉炎、歯科矯正
口・舌	口唇炎、口唇ヘルペス、口唇疱疹、口角炎、口角びらん症、口内炎
皮膚	湿疹、主婦湿疹、進行性指掌角皮症、ストロフルス、急性痒疹、アトピー性皮膚炎、とびひ、膿痂疹、じんま疹、かぶれ、接触皮膚炎、おむつ皮膚炎、おむつかぶれ、おむつまけ、あせも、汗疹、突発性発疹、小児バラ疹、面疔、よう、せつ、おでき、尋常性毛瘡、ねぶと、かたね、はたけ、毛包炎、毛嚢炎、にきび、痤瘡、面皰、アテローム、粉瘤、表皮嚢腫、疥癬、ひぜんダニ寄生、べんち、たこ、うおのめ、鶏眼、いぼ、疣贅、伝染性軟属腫、軟疣、水いぼ、ひび、あかぎれ、しもやけ、凍瘡、まめ、なまず、癜風、黒なまず、白なまず、尋常性白斑、しらくも、頑癬、水虫、たむし、白癬、魚鱗癬、蒙古斑、乾癬（膿疱性乾癬は除く）、乾皮症（色素性乾皮症は除く）、乾燥肌、皮脂欠乏症
呼吸器	かぜ（インフルエンザは除く）、急性上気道炎、急性鼻炎、急性鼻咽頭炎、急性喉頭咽頭炎、急性副鼻腔炎、急性副鼻腔蓄膿症、急性咽頭炎、急性喉頭炎、急性扁桃炎、急性口蓋扁桃炎、急性咽頭扁桃炎、プール熱、咽頭結膜熱
免疫機能	花粉症、アレルギー性鼻炎、食物アレルギー、動物アレルギー、シックハウス症候群
耳	耳垢、耳垢栓塞、耳せつ、耳フルンケル、外耳道せつ、外耳道フルンケル、外耳炎、外耳道炎、外耳道湿疹
目	仮性近視、単純近視、老眼、遠視、乱視、ものもらい、麦粒腫、霰粒腫、結膜炎、はやり目、ドライアイ、角結膜乾燥症
消化器	胃下垂、胃アトニー、胃無力症
泌尿器	遊走腎、腎下垂、夜尿症
その他	禁煙治療

●上記の傷病名については、傷病名の確定しているものとします。
●上記のうち「○○性」と表示されているものについては、その名称のみが対象となります。
●上記のうち、その傷病名に別名がある場合はその傷病名を含むものとします。

告知事項回答書兼同意書

※本回答書兼同意書は、特定の疾病加入制度および特別条件付加入制度をご利用の方のみ、ご回答ください。

下記は記入見本例です。ご自身の症状をご確認のうえ、記載ください。

告知事項に該当がない場合は左半分の「加入申込書」のみ記載ください。

私は、…ことを被共済者とともに誓約します。また、共済申込にあたり、共済金の支払について所定の条件が付されている場合は、その内容に同意します。

回答日　○○ 年　△△ 月　□□ 日

組合使用欄			
組合員番号		加入者番号	

契約者名

上記記載事項を了承し、以下の内容で契約を申し込みます。

自署		
フリガナ	セイキョウ	タロウ
氏名	氏 生協	名 太郎

ご加入者（被共済者）氏名

フリガナ	セイキョウ	ハナコ
氏名	氏 生協	名 花子

特定の疾病加入制度または特別条件付加入制度をご利用に際し、下記の質問にご回答ください。

傷病番号①高血圧（症）の方のみ、ご回答ください。「はい」に○がある場合はご加入いただけません。

ご利用に際しての質問

（1）上記「加入申込書」に掲げる告知事項のうち、(1)-(a)(b)、(2)-(a)(b)、(4)-(a)(b)に該当する項目がありますか？　**はい**　いいえ

※（いいえ）に該当する方は、特別条件付加入制度および特定の疾病加入制度をご利用いただけません。

（2）ご加入者（被共済者）の傷病（状態）は何番に該当されますか。番号をご記入ください。
※罹患している病気が複数ある場合についてはそのすべてをご回答ください。

①高血圧（症）（本態性高血圧（症）、原発性高血圧（症）、一次性高血圧（症））
②そけい<鼠径>ヘルニア　③痔　④虫垂炎　⑤白内障
⑥緑内障　⑦中耳炎　⑧下肢の静脈瘤　⑨喘息
⑩前立腺肥大　⑪股関節症[股関節部の関節症]
⑫膝関節症[膝の関節症]　⑬子宮筋腫
⑭妊娠・分娩に伴う異常および産じょく<褥>の合併症
⑮現在妊娠中である

※①～⑮以外の傷病（状態）に該当する方は、「入院充実プラン」にご加入いただけません。

番号　①　⑤

傷病番号が該当する方のみ、ご回答ください。

該当する傷病番号をご記入ください。

①のみに該当する方 …… 下記の **1** **2** にご回答ください。
②～⑮のいずれかに該当する方 …… 下記の **1** **3** にご回答ください。
①および②～⑮のいずれかに該当する方 …… 下記の **1** **2** **3** すべてにご回答ください。

1 追加告知事項

申込日において、「ご利用に際しての質問」(2)で回答いただいた①～⑮までの傷病を除き、告知事項に該当する項目がありますか。　はい　**いいえ**
※（はい）に該当する方は、ご加入いただけません。

2 特定の疾病加入制度附帯についての追加告知事項

（1）申込日において、被共済者は高血圧（症）（本態性高血圧（症）、原発性高血圧（症）、一次性高血圧（症））以外で告知事項に該当する項目がありますか？　はい　**いいえ**
※高血圧の原因となる病気「肺高血圧」「妊娠高血圧症候群」などの方、高血圧性心疾患、高血圧性腎疾患、高血圧性心腎疾患、二次性〈続発性〉高血圧（症）の方は加入できません。

（2）（1）の原因となる病気がありますか？　はい　**いいえ**

（3）過去5年間に下記による病気で入院、手術、治療を受けられていますか？　はい　**いいえ**
①脳血管障害（脳虚血発作、硬膜下血腫、高血圧性脳症、脳動脈硬化症など）
②腎臓の病気（腎不全、タンパク〈蛋白〉尿、腎硬化症など）
③心臓の病気（心肥大、冠動脈再建術後など）
④血管の病気（冠動脈硬化、動脈解離など）

※上記（1）～（3）に該当する方は、特定の疾病加入制度をご利用いただけません。

（4）過去1年以内に計測した最新かつ服薬後の値をご記入ください。

測定時期　○○○○ 年　△△ 月　□□ 日

収縮期血圧（最大血圧）○○○ mmHg　拡張期血圧（最小血圧）○○ mmHg

高血圧（症）の方は必ず測定値をご記入ください。

3 特別条件付加入制度についての同意内容

（1）医療共済ご加入に際し、共済金お支払いにあたり以下の条件が付されます。下記の内容にすべて同意いただいた場合のみ、特別条件付加入制度をご利用いただけます。「ご利用に際しての質問」（2）で回答いただいた傷病について、その傷病あるいはその傷病と因果関係のある一連の傷病により発生した共済事故については、申込日から3年以内に開始する入院、手術、通院、死亡（重度障害を含みます）による下記の共済金※は支払われません。　**同意する**　同意しない

※免責とする共済金　病気死亡（重度障害）共済金、五大疾病死亡共済金、病気入院共済金、ガン入院共済金、女性特有疾病入院共済金、女性特定手術共済金、高齢者疾病入院共済金、入院手術共済金、通院手術共済金、ガン死亡共済金、新生物診断確定共済金、ガン在宅療養共済金、高齢者死亡共済金、ガン通院共済金、女性特有疾病在宅療養共済金、入院（1日入院以上）一時金

（2）「ご利用に際しての質問」（2）で回答いただいた傷病が⑤白内障、⑥緑内障の方のみご回答ください。申込日から3年以内に開始する白内障および緑内障の治療については共済金が支払われません。
※白内障、緑内障については、それぞれの疾病を別に考えず、一括して考えるものとします。　**同意する**　同意しない

（3）「ご利用に際しての質問」（2）で回答いただいた傷病が⑪股関節症[股関節部の関節症]⑫膝関節症[膝の関節症]の方のみご回答ください。
罹患している関節症の部位が股または膝のいずれか一方であったとしても、申込日から3年以内に開始する股関節症[股関節部の関節症]および膝関節症[膝の関節症]の治療については共済金が支払われません。　同意する　同意しない

（4）「ご利用に際しての質問」（2）で回答いただいた傷病が⑬子宮筋腫の方のみご回答ください。申込日から3年以内に開始する子宮または子宮付属器※の治療については共済金が支払われません。
※子宮付属器とは子宮に付属している卵巣と卵管をいいます。　同意する　同意しない

（5）「ご利用に際しての質問」（2）で回答いただいた傷病が⑭妊娠・分娩に伴う異常および産じょく<褥>の合併症⑮現在妊娠中の方のみご回答ください。傷病名または傷病名を異にするものであっても因果関係のある一連の傷病により発生した共済事故については申込日から3年以内に開始する入院、手術、死亡についての共済金は支払われません。　同意する　同意しない

※（1）～（5）に同意いただけない場合は、特別条件付加入制度をご利用いただけません。