

# 団体信用生命共済 被共済者加入申込書兼告知書

申込書管理番号			
共済契約者(団体名)			
共済証書番号	取扱支所番号	金融機関コード	契約番号

全国共済農業協同組合連合会 御中

貴会の団体信用生命共済約款を契約の内容とすることを承知のうえ被共済者の加入を申し込みます。この申込書に記載の各事項は事実と相違ないことを被共済者とともに確認します。なお、これらの記載事項が事実と相違した場合は、共済契約のその被共済者についての部分を解除されても異議ありません。

共済種類 団体信用生命共済	特約有無 <input type="radio"/> 特約なし <input type="radio"/> 長期継続入院特約有 <input type="radio"/> 三大疾病保障特約有	貸付種類 <input type="radio"/> 住宅資金 <input type="radio"/> ( ) 資金
借入予定日 令和 年 月 日		借入期間 年 月
借入予定額 万円		申込者本人割合 <input type="radio"/> 人数で均等按分する <input type="radio"/> 付保割合を設定する <input type="checkbox"/> %
団信加入申込者数(申込者本人を含む) 名		申込者本人割合 <input type="checkbox"/> %

◎被共済者確認  
【申込書ご記入のご案内】および加入申込書兼告知書(被共済者控)裏面の【団体信用生命共済のご説明(要約)】・【個人情報取扱いについて】を承知のうえ自署・押印し、団体信用生命共済への加入に同意しました。また、この共済の目的が自らの加入目的に合致していることを確認しました。

告知日 令和 年 月 日	被共済者名 フリガナ	性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	現住所 〒 - - 電話番号 - -	

### 【告知事項】

最近3か月以内に医師の治療(診察・検査・指示・指導を含みます。)\*投薬を受けたことがありますか。  
いいえ はい

過去3年以上に下記の病気で、手術を受けたことまたは2週間以上にわたり医師の治療(診察・検査・指示・指導を含みます。)\*投薬を受けたことがありますか。  
いいえ はい

心臓・血管	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症・不整脈
脳・精神・神経	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・脳動脈硬化症・精神病・統合失調症・うつ病・知的障害・認知症・神経症・自律神経失調症・てんかん・アルコール依存症
肺・気管支	ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核・肺炎腫・気管支拡張症
胃・腸	胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・クローン病
肝臓・すい臓	肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害・すい炎
腎臓	腎炎・ネフローゼ・腎不全
目	緑内障・網膜の病気・角膜炎の病気
新生物	がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ
右記にかける病気	糖尿病・リウマチ・こげん病・貧血症・紫斑病
女性にのみ告知いただきたい病気	子宮筋腫・子宮内腫瘍・卵巣の腫瘍・乳腺症

手・足の欠損または機能に障がいがありますか。または、背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃくの機能に障がいがありますか。  
いいえ はい

【長期継続入院特約付の場合のみ記入してください】  
過去3年以内に下記の病気で医師の治療(診察・検査・指示・指導を含みます。)\*投薬を受けたことがありますか。  
いいえ はい

【三大疾病保障特約付の場合のみ記入してください】  
今までに、悪性新生物(上皮内がん、皮膚がんを含みます。)\*と診断されたことがありますか。  
いいえ はい

過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受け、右記の臓器または検査の項目で、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘(※)されましたか。指摘された場合には、□にレ点チェックのうえ、カッコ内に指摘された詳細内容をご記入ください。  
いいえ はい

(※) 再検査・精密検査の結果、「異常なし」という診断であった場合は除きます。

左記①～④について「はい」の場合は、この欄に詳しく記入してください。複数の病気等がある場合は、①、②…と番号を付けて全て記入してください。

【病気やけがの名前・障がい内容、または、診察・検査等の内容】  
〔治療(診察・検査・指示・指導を含みます。)\*投薬を受けた年月または期間〕  
年 月 ~ 年 月

①から④のいずれかが「はい」のとき  
【入院の有無】 【入院期間】  
あり ⇒ 年 月 ~ 年 月 (約 日間)  
なし

【手術の有無】 【手術の名前または部位】  
あり ⇒  
なし

【症状経過】  
完治 ⇒ 完治年月 年 月  
治療中 ⇒ 現在の症状、治療内容・投薬名・投薬量、診察・検査・指示・指導の頻度・内容等  
その他 ⇒

<高血圧症の場合のみ記入してください。>  
(血圧値) 最高 mmHg 最低 mmHg

<糖尿病の場合のみ記入してください。>  
合併症 : なし・あり (診断名 )  
HbA1c値 ( % ) 空腹時血糖値 ( mg/dl )  
投与薬剤名 ( ) インスリン治療 : なし・あり

「はい」の場合は、三大疾病保障特約付団体信用生命共済に加入いただくことはできません。以下、記入不要です。死亡・後遺障害の保障のみを希望される場合は窓口担当者にお申し出ください。

⑥が「はい」のとき  
臓器の異常  
胃腸 肺 肝臓 すい臓 子宮 乳房  
検査の異常  
血圧測定 血液検査 便潜血 肝炎ウイルス検査 尿検査  
指摘された詳細内容  
・高血圧の指摘の場合(血圧値 最高 mmHg、最低 mmHg)  
・糖尿の指摘の場合(HbA1c値 %、空腹時血糖値 mg/dl)

備考	全共連 承諾	謝絶
	決 裁	