

※上記、加入申込票は記入要領用のものであり、実際に配布されたものと内容が異なることがあります。

○事業所(会社)として新規加入される場合・追加加入される場合

加入申込票に追加加入される被保険者の「氏名・生年月日・年令・性別・加入セット名・口数」をご記入ください。

継続加入の場合の手続き方法

- 加入内容に変更がない場合 ⇒ 特に手続きは必要ありません。
 - 加入申込票記載内容に変更・訂正がある場合 ⇒ 該当箇所を二重線で抹消し、訂正のうえ、被保険者ご自身でご署名ください。

○脱退される場合

「継続しない」に○をして、ご提出ください。

※上記加入申込票は、新規加入される方用の加入申込票です。現在加入している方の加入申込票には「〇」をする箇所があります。

○異動・解約手続きについて

ご加入後の被保険者の変更・加入・脱退につきましては、その都度ご通知いただきますようお願ひいたします。

お申込み方法

■ 申込方法

「加入申込票」と「預金口座振替依頼書」に必要事項を記入し、押印のうえ、各組合事務局または全溶連までご提出ください。

●更新の手続きについて

- ・「加入申込票」「預金口座振替依頼書」とともに、前年内容に変更がない場合のみ提出不要です。（自動更新）
 - ・「加入申込票」記載内容に変更・訂正箇所がある場合は必ずご提出が必要となります。詳細は別紙をご参照ください。
※「加入申込票」記載内容は印刷日時点の内容ですので、現在の内容と異なっている場合があります。

●新規加入の場合
加入申込票に必要事項を記入し、押印のうえ、ご提出ください。

＜預金口座振替依頼書＞の提出について

損害保険加入用として別途、<預金口座振替依頼書>（収納代行：三菱UFJニコス株・損害保険用）のご提出をお願いいたします。

ご記入にあたっては、預金口座振替依頼書の表紙裏面にある「記入例」をご参照ください。

※新規加入の事業所（企業）が対象です。継続加入の事業所（企業）で、現在既に口座振替が行われている場合は、提出不要です。

■ 保険期間（＝契約期間）

■ 保険期間（ご契約期間）
2023年1月1日午後4時～2024年1月1日午後4時までの1年間

※中途加入の場合、毎月10日までに加入申込書類を提出したものは翌月の1日～2024年1月1日午後4時となります。

■掛金の払込方法

■掛金の払込方法
毎月27日（休日の場合は翌営業日）にご指定の預貯金口座から引き落としとなります。<収納代行：三菱UFJニコス株>

毎月27日(休日の場合は翌日曜日)にご指定の預貯金口座から引き落としこなります。<取扱行:三菱UFJ銀行>
①第1回目の掛け金の口座振替が不能だった場合、本保険のお申込みは無効となりますのでご注意ください。

①第1回目の掛け金の口座振替が不能になつた場合、本保険のお申し込みは無効となりますのでご注意ください。

②第2回目以降の掛金の口座振替が不能になった場合には翌月に再請求となり、その翌月分掛金と共に口座振替を行われます。

●新規で加入される場合はお手数ですが、コピーをお取りいただき控として保管ください。

●既にご加入いただいている会員の皆さまへ

変更等がある場合にご提出いただく「団体総合生活補償保険更改加入申込票兼被保険者明細書兼健康状況告知書」は、1~3枚目をご提出ください。

4枚目の「お客様控」は加入事業所様の控として保管ください。

ご継続確認用にお送りしております、「団体総合生活補償保険更改加入申込票兼被保険者明細書兼健康状況告知書」の印字内容につきましては2022年6月30日（木）あいおいニッセイ同和損害保険株式会社受付分までの状況を反映しております。その後に追加加入・異動・脱退等の手続きをされたものについては反映されておりませんので、ご留意ください。



✓記入チェックリスト①~⑦

チェック欄	確 認 事 項
<input type="checkbox"/>	① <u>お申込日</u> をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	② <u>氏名(カナ・漢字)</u> をフルネームでご署名ください。
<input type="checkbox"/>	③ 被保険者（補償対象となる方）の氏名をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	④ 団体との関係を、申込票下部の◆欄をご参照のうえ、ご記入ください。
<input type="checkbox"/>	⑤ 年令（2023年1月1日時点の）・性別・生年月日をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	⑥ ご希望のセット名（AA・BA・CA・DA・EA・XD・YD）・口数（傷害補償は最大10口まで、医療補償は1口まで）をご記入ください。 医療補償のオプションPへ加入希望の場合は、オプション欄へオプション名（P）・口数（1口のみ）をご記入ください。 ※医療補償（XD・YD）へ加入される場合のみ、オプションPの追加が可能です。
<input type="checkbox"/>	⑦ 他の保険契約等にご加入の場合は、「あり」に○印のうえ、「※他の保険契約等」欄にご記入ください。

医療補償に加入する場合のみ記入

注意



注 医療補償に加入される場合は
「加入申込票」裏面を参照し、健康状態告知書質問事項回答欄をご記入ください。

- ・質問1、2、3をご回答ください。（質問3は、女性の方のみご回答ください。）
- ・被保険者が15才未満の場合、親権者の方が告知してください。
また、未成年の場合は親権者の方がご署名ください。

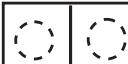
団体総合生活補償保険加入申込票 兼 被保険者明細書 兼 健康状態告知書(MS & AD型・個賠型)

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおなじみにする特に重要な事項（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、ご確認のうえご回答（記入）ください。

たとえば、「生年月日」・「年令」・「健康状態告知」欄は「疾病補償」、「がん補償」、「介護一時金」、「親介護一時金」、「親の介護による休業補償」、「所得補償」、「医療費用補償」をセットされない場合、告知事項に該当しません。「職業名・職種名」欄は「所得補償」をセットされない場合、告知事項に該当しません。

保険契約者（団体名）

一般社団法人 全国高压ガス溶材組合連合会



傷害補償

必ずご記入ください。

被保険者ご本人（基本部分）

親介護一時金・休業 「親介護一時金支払特約」または「親の介護による休業補償特約」付のセットにご加入される場合、下記をご記入ください。

通信欄

331 加入者特記事項 カナ

申込人（加入者）

加入申込日 010 令和R 年 月 日

011 電話番号

- -

- -

012 郵便番号

〒

317 カナ

- -

399 漢字

- -

307 カナ

- -

341 漢字

- -

「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。

フルネームでご署名ください。

自署

980 生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R

年 月 日

018 所属名 カナ

019 所属コード

017 社員番号

申込人住所と同じ

VBT

1

J04 カナ

L68 漢字

- -

L67 漢字

- -

L40 家族構成人数

名満才

- -

323 ※生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R

年 月 日

303 ※年令

L18 ◆団体との関係

302 性別

301 職業コード

300 セット名

312 職種コード

302 性別

健康状態告知書質問事項および健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)記入要領

団体総合生活補償保険

団体総合生活補償保険の疾病補償、がん補償、介護一時金、所得補償または医療費用補償のいずれかに今回新たに加入する方、および継続して加入する場合で保険金額の増額、特定疾病等を補償対象外とする条件の削除など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、加入申込票兼被保険者明細書の健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)(以下「告知回答欄(本人用)」といいます)に告知日と下記の質問事項に対する回答をご記入ください。

●継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、告知回答欄(本人用)へのご記入は不要です。

●被保険者ご本人(補償の対象となる方)がご回答ください。ただし、満年令が15才未満の被保険者については、親権者の方がご回答ください。

●各質問に該当する場合は「はい」に、該当しない場合は「いいえ」に○印をしてください。

- ・質問事項に対する回答の記載がない場合や回答内容が事実と異なっている場合は、ご契約が解除され保険金が支払われないことがあります。
- ・ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合や「特定疾病等補償対象外」等の特別な条件を付けてお引き受けする場合があります。あらかじめご了承ください。また、特定疾病等補償対象外の場合には、次年度以降も原則として同条件でのご継続となります。
- ・ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始時より前に原因が発生した病気やケガについては、保険金をお支払いできません(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります)。
- ・継続して加入する方で、「疾病コード」欄に下記「病気・症状一覧表」の群名コード以外のコードが印字されている場合の補償対象外となる病気・症状の範囲は、別紙「健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)」の解説に記載していますのでご確認ください。

質問事項

<質問1> 「がん」「糖尿病」に関するご質問

疾病補償、がん補償、所得補償、医療費用補償または介護一時金の加入を希望する方はご回答ください。

* 疾病に関する補償が「がん補償」に限られている契約をお申込みの方は②については回答不要です(①についてのみご回答ください)。

●以下の①、②いずれかに該当する項目はありますか。

①今までに「がん」「悪性新生物をいい、上皮内がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫瘍を含みます」にかかったことがある。または、現在医師から「がん」の検査を受けるように指示されている。

②今までに医師から「糖尿病」「高血糖症」「耐糖能異常」と診断されたことがある。または、現在医師からこれらの検査を受けるように指示されている。

<質問2> 最近の健康状態・既往症に関するご質問

疾病補償、所得補償、医療費用補償または介護一時金の加入を希望する方はご回答ください。

* 疾病に関する補償が「がん補償」に限られている契約をお申込みの方は回答不要です。

* 疾病に関する補償が「介護一時金」に限られている契約をお申込みの方は、「病気・症状一覧表」の甲欄に該当する病気・症状について①～③に該当する項目があるかとご回答ください。

* 病気・疾病名が不明な方や検査等の結果待ちの方は、病気・疾病名が判明するまでは記入できません。

●以下の①～③いずれかに該当する項目はありますか。

①最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療(医師の指示による服薬を含みます)を受けたこと、または検査・治療・入院・手術をすすめられたことがある。

②過去2年以内に、健康診断・人間ドックまたは医師による診察の結果、異常(要検査・要精密検査・要治療・要経過観察)を指摘されたことがある(検査や治療の結果、「異常なし」となった場合を除きます)。

③過去5年以内に、入院したこと、または手術(内視鏡手術等を含みます)を受けたことがある。

*ただし、後遺症のないケガおよび右記「完治している場合は告知不要の病気・症状」に該当する病気・症状は告知不要です。

<質問3> 女性の方へのご質問

疾病補償または医療費用補償の加入を希望する女性の方のみご回答ください。

* 疾病に関する補償が「がん補償」「介護一時金」「所得補償」に限られている契約をお申込みの方は回答不要です。

●以下の①、②いずれかに該当する項目はありますか。

①今まで妊娠または分娩に伴う病気・症状(帝王切開を含みます)で医師の治療を受けたことがある。

*下記「妊娠または分娩に伴う病気・症状の例」をご参照ください。

妊娠または分娩に伴う病気・症状の例

異常妊娠(子宮外妊娠など)、異常分娩(帝王切開分娩など)、妊娠悪阻(つわりの重いもの)、妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)、流産、早産、切迫流産など

②現在、妊娠している。

群名コード

病気・症状一覧表

A群	B群	C群	D群	E群	F群	H群	I群	K群
A1	X1	C1	D1	E1	F1	H1	Y1	
脳・循環器系の疾病	呼吸器系の疾病	消化器系の疾病	肝臓系の疾病	胆のう・すい臓系の疾病	腎臓・泌尿器系の疾病	婦人科系の疾病	骨・筋肉の疾病	その他の疾病
●脳卒中・脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓・脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など	●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺気腫 ●かいよう性大腸炎 ●間質性肺炎 ●肺線維症 ●肺結核 ●心筋こうそく ●心臓弁膜症	●胃・腸のがん ●肝硬変 ●かいよう性大腸炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎	●肝臓のがん ●肝硬変 ●かいよう性大腸炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎	●胆のう・すい臓のがん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腫 ●尿毒症	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性膀胱炎 ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腫 ●尿毒症	●子宮がん ●卵巣がん	●リウマチ(関節リウマチ、マチアリ・薬物依存症を含みます)・非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害※1 ●膠原(こうげん)病 ●血友病 ●カリウス ●厚生労働省指定の難病(ただし、メニール病を除きます)※2	●精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害・発達障害※1 ●膠原(こうげん)病 ●血友病 ●カリウス ●厚生労働省指定の難病(ただし、メニール病を除きます)※2
(例) 506 病名コード 507 疾病・状況名 カナ(内の場合は記入)	X1 (例) 506 病名コード 507 疾病・状況名 カナ(内の場合は記入)							
●高血圧症(医師の治療を受けていない場合、または治療を受けていない場合でも最低血圧110ミリ以上の場合)	●肺炎 ●じん肺 ●けい肺 ●肺のう胞 ●自然気胸 ●慢性気管支炎 ●気管支拡張症 ●胸膜炎(肋膜炎)	●急性肝炎 ●肝肥大 ●肝炎 ●胆石(症) ●胆管結石	●急性腎不全 ●急性腎炎 ●肝肥大 ●黄疸 ●腎臓・膀胱・尿路などの結石 ●前立腺肥大症	●子宮筋腫 ●子宮内膜症 ●子宮腺筋腫 ●子宮頸部異形成 ●卵巣のう腫	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群
●高脂血症・脂質異常症(高コレステロール血症を含みます)	●不整脈(心房・心室細動、心室頻拍、脚ブロックなど) ●先天性心疾患(心房・心室中隔欠損症、動脈管開存症、大動脈縮窄症、ファロー四徴症など)	●急性肝炎 ●肝肥大 ●肝炎 ●胆石(症) ●胆管結石	●急性腎不全 ●急性腎炎 ●肝肥大 ●黄疸 ●腎臓・膀胱・尿路などの結石 ●前立腺肥大症	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群
●不整脈(心房・心室細動、心室頻拍、脚ブロックなど) ●先天性心疾患(心房・心室中隔欠損症、動脈管開存症、大動脈縮窄症、ファロー四徴症など)	●先天性心疾患(心房・心室中隔欠損症、動脈管開存症、大動脈縮窄症、ファロー四徴症など)	●急性肝炎 ●肝肥大 ●肝炎 ●胆石(症) ●胆管結石	●急性腎不全 ●急性腎炎 ●肝肥大 ●黄疸 ●腎臓・膀胱・尿路などの結石 ●前立腺肥大症	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群	●子宮筋腫 ●骨腫炎 ●神経痛 ●頭肩腕症候群

※1:具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コード000からO99、O99に規定されたものとのし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病・傷害および死因統計分類ICD-10(2003年版)準拠」によります。

※2:メール病は「病名・症状名」欄に病名を記載することで加入いただけます。

厚生労働省指定の難病の例(2019年3月現在)

パークソン病関連疾患、全身性アリテマーデス、全身性強皮症、皮膚筋炎/多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、網膜色素変性症、骨髓小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、サルコイドーシス、ペーチェット病、原発性肝汁性肝硬変など

【記入例】

疾病に関する補償が「がん」に限られている契約をお申込みの方は質問1のみご回答ください

質問3は女性の方ご回答ください

※ 健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)

裏面または別紙の「健康状態告知書質問事項」をお読みいただき、右記に回答をご記入ください。	質問1	質問2	質問3	特定疾病等対象外欄
LKA	LKH	L1A	506 病名コード R0 507 疾病・症状名 カナ(R0の場合のみ記入) コウジョウセン キノウテイカショウ	

「疾病・症状名」欄に病名を記載する場合のご注意 - 「病気・症状一覧表」に該当する病名がないことをご確認ください。

「病気・症状一覧表」の甲欄、乙欄に該当する病気・症状の具体名を「疾病・症状名」欄に記入して加入した場合は、加入申込票兼被保険者明細書提出後であっても、保険期間の開始時から条件を訂正することまたはご加入の取り消しをすることがあります。