2024年10月

コープの団体がん保険加入申込書

帳票ID 04008L

生活協同組合コープかごしま 御中　私は、コープの団体がん保険「がん保険（1年契約用）」の「重要事項のご説明」、「健康状態告知確認書」および「ご加入内容の確認事項」に記載されている内容を理解・確認し、下記のとおりコープの団体がん保険への加入を申し込みます。また、私から特段の申し出をしない限り、以降、毎年10月1日を継続日としてコープの団体がん保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。

この加入申込書に★**印が付された項目は「告知事項」です。**この項目の記載内容に誤りがある場合は、保険金のお支払いができないことや保険契約を解除させていただくことがありますので正しくご記入ください。

申込日	002 令和　年　月　日	組合員区分	024 ①組合員 ③組合員と同一世帯の方	登録組合員氏名 左下の組合員（ご加入者）と異なる場合にご記入ください。	033（フリガナ） 034（漢字）
組合員番号	030				
加入者 住所	003 〒□□□-□□□□	（フリガナ）005 （漢字）006			
加入者 氏名	007（フリガナ） 008（漢字・自署）	生年月日	023 昭Ⓢ 平Ⓗ 令Ⓡ 年　月　日	電話番号 004　−　−	日中の連絡先 027　−　− （上記と異なる場合記入）

265 加入者証番号	
所管店コード	261 22520
代理店・扱者コード	262 92643002000
団体コード	264 8610099
制度コード	267 H2010
保障開始日※	241 令和　年　月 1日

※毎月10日の締切日までに加入申込書をご提出いただいた場合、その締切日の3か月後の1日が保障開始日となります。

基本保障

※ご希望のコースに、ひとつだけ○をつけてください。

オプション

3つのオプションから、加入コースを選択してください。

被保険者欄

305	オプションなし	女性	悪性新生物	悪性新生物 女性	抗がん剤	抗がん剤 女性	抗がん剤 悪性新生物	抗がん剤 悪性新生物 女性
基本プラン	A1	B1	C1	D1	E1	F1	G1	H1
ハーフプラン 50歳以上からご加入できます	A2	B2	C2	D2	E2	F2	G2	H2

★生年月日	★満年齢	被保険者氏名（自署）
333 Ⓢ昭和 Ⓗ平成　年　月　日 Ⓡ令和	303 歳 （保障開始日における満年齢）	健康状態告知欄に記載した内容は事実に相違ありません。また、加入内容を了知・同意するとともに、「重要事項のご説明」に記載されている内容に同意します。 告知日・同意日 397 令和　年　月　日
加入者からみた被保険者（本人）の続柄	**★性別**	301（フリガナ） 302（漢字・自署）
349 01 本人　02 配偶者　03 父母　04 子　05 兄弟姉妹 06 祖父母　07 孫　08 その他親族　99 その他続柄	304 ① 男　② 女	

★健康状態告知（注1）

ご確認いただき、下記の点線に○をしてください。

★健康状態告知（注1）

381
382
① はい（加入できません）
② いいえ（加入できます）

質問事項に1つでも「はい」がある場合はご加入いただけません

★他の保険契約（注2）		保険料
385 ② 有　（有）とお答えいただいた方はこちら。➡	★他の保険契約のがんを保障する入院保険金日額の合計金額をご記入ください。（疾病入院保険金を含む） 386　円	330 760　円

保険金受取人は被保険者本人となります。

親権者の承認欄

被保険者が満15歳未満の場合は、「健康状態告知書」欄へは親権者がご回答いただき、その方が「親権者の承認欄」にご署名ください。
なお、親権者がいない場合には、後見人（未成年後見人）の方が「健康状態告知書」欄にご回答いただき、「親権者の承認欄」にご署名ください。

氏名（自署）

（注1）告知欄の質問はご契約をお引き受けするかどうかを決める重要な事項です。必ず被保険者本人※が、ありのままを正確にもれなくご記入ください。
※満15歳未満の場合は親権者とし、親権者がいない場合は後見人（未成年後見人）

（注2）「他の保険契約」とは、医療保険・がん保険・疾病入院特約・がん入院特約などのがんを保障する損害保険契約・生命保険契約・共済契約・特約をいいます。「他の保険契約」の加入内容によってはこの団体がん保険に加入できない場合があります。「有」と回答いただかなかった場合は「無」とご回答いただいたものとみなします。

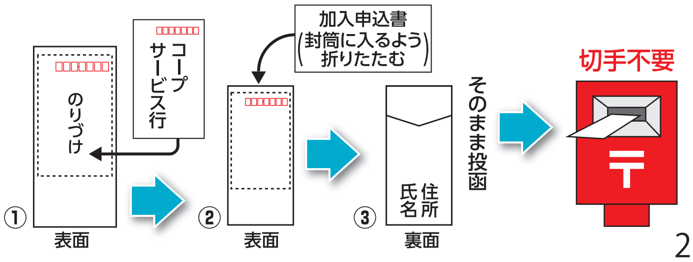
支所・店舗コード	707
申込書受付日	
受付担当者	
受付連番	

加入者証		再計上	引受承認NO.
727 非直送 1	726 不要 1	738 ①	739
その他項目	名称		項番
	内容		
備考			

郵送用キリトリ線　　キリトリ

コープの団体がん保険 更新型 加入申込書の郵送方法

①左面の宛名部分を点線に沿って切り取り、お手持ちの封筒の上半分にしっかりと、のり付けしてください。封筒は、郵送に差しつかえないものであれば、どんな封筒もご使用いただけます。〈最大サイズ120×235mm〉
②その封筒の中に「コープの団体がん保険」加入申込書を折ってお入れください。
③封筒の裏にお手数ですが、お名前と住所をご記入ください。



キリトリ

890-8790
933

料金受取人払郵便
鹿児島中央局
承認
6125

差出有効期間
2026年5月31日まで
（切手不要）

受取人
鹿児島市広木一丁目一番一号

株式会社コープサービス 行

がん保険加入申込書在中

✂ 郵送用キリトリ線