

大好評

コープの 三大疾病保険

さん だい しっ ぺい (団体総合生活補償保険(MS&AD型))

がん
(上皮内がんも含む)

脳卒中

急性
心筋梗塞

先進
医療

2026年3月改定!

一時金 で備える安心



大切な組合員と
そのご家族のために
作った保険です

持病があっても入りやすい!

✓ 2つの質問で簡単申込み

✓ 100才まで続く補償

✓ 保険料が47.5%割引(団体割引等適用)

新規加入は

0才~満84才まで

※2026年3月1日時点で
生後15日以上
(2026年2月14日
までに生まれた方)

インターネットでも
加入できます!
(新規加入のみ※)

スマホ加入
はこちら



※被保険者追加は除く

保険期間 2026年3月1日午前0時※より2027年3月1日午後4時の1年間(毎年3月1日更新)

※新規加入の場合は午前0時、継続加入の場合は午後4時

お手頃な保険料で、充実の補償内容 詳しくは中面へ ▶▶▶

お問い合わせは
こちら

〈お問い合わせ先〉代理店・扱者

株式会社コープサービス

0120-39-7780

または099-286-1139

〒890-0037
鹿児島市広木一丁目1番1号

(受付時間:
月曜日~金曜日
午前9時~午後5時まで)

●団体保険契約者:

日本コープ共済生活協同組合連合会

●引受保険会社:

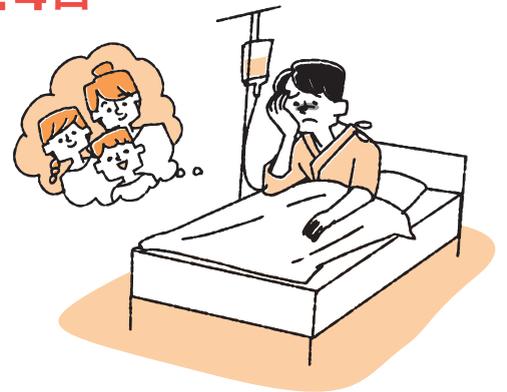
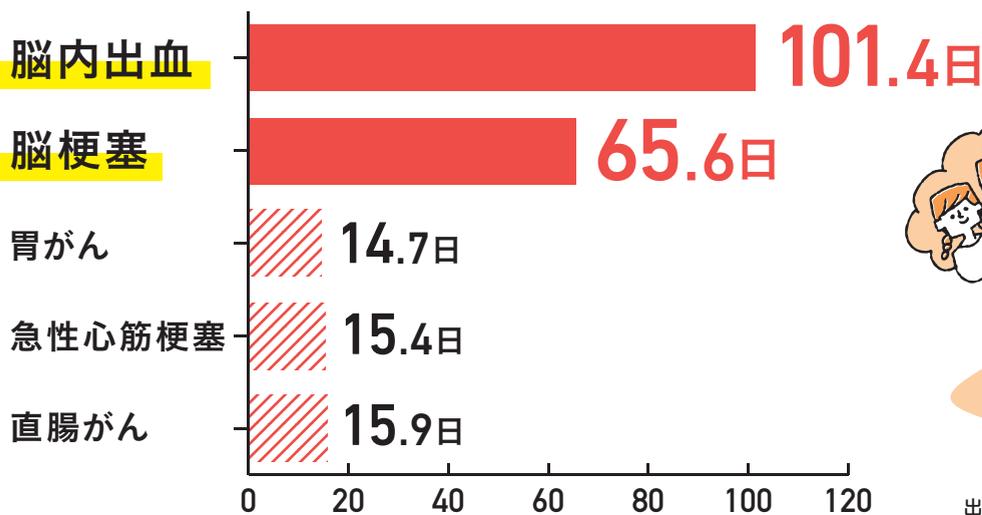
三井住友海上火災保険株式会社

そもそも入院になるとどのくらいの日数かかるの？



入院が長期化傾向にある 三大疾病

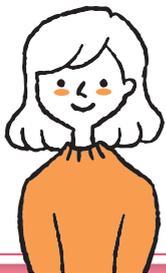
三大疾病のなかでも**脳梗塞**と**脳内出血**は入院期間が2か月、3か月を超える可能性があります。入院が長期化すると、治療や入院にかかる医療費だけでなく生活費や教育費、ローン返済などの心配も…
だからこそ、一時金で備えると安心です!!



出典:厚生労働省「令和5年患者調査」

\\ 私たち とっても助かりました! //

コープの三大疾病保険に加入された組合員の声



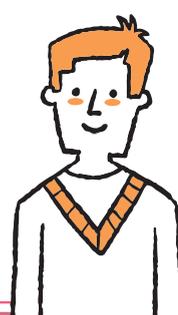
加入した時は使うと思って入っていなかったのですが、**コープの三大疾病保険は本当に入って良かったです。サービスも大満足です。**



まだまだ先の事と思っていましたが、**コープの三大疾病保険に入っていてよかったと思いました。経済的に助かりました。ありがとうございました。**



病気で不安な時に振込まれるまでとても早かったです!16日に手術をし請求手続きの電話をしたところ、すぐに書類が届きました。書類返送後、翌月1日には振込まれました。**すばやい対応に感謝します。**



本当に一時金の有り難さを感じています。また、手続き後の入金も早い対応でした。**手続きは、親切丁寧でわかりやすい。この保険はとてありがたいです。**

大切な組合員とご家族に

コープの三大疾病保険

がん

急性心筋梗塞

脳卒中

の備えに



組合員本人とお子さまでご加入の場合

ご加入例 (保険の対象者の年齢例) スタンダードプラン 200万円コース	10才	44才
	月払保険料	170円
三大疾病診断保険金	200万円	
三大疾病入院保険金	日額 3,000円	
三大疾病手術保険金・ 三大疾病放射線治療 保険金	入院中 6万円 入院中以外 1.5万円 放射線治療 3万円	
三大疾病通院保険金	日額 3,000円	
先進医療・拡大治験 ・患者申出療養費用保険金	1保険期間 2,000万円まで	

2026年3月改定!

先進医療費用保険金がより手頃な保険料で、補償範囲が大幅に拡大

「先進医療」に加え、「拡大治験」「患者申出療養」を新たに補償の対象となりました。万が一の際の高額な医療負担に備え、「治療の選択肢」を広げることができます。

改定ポイント		保険金額
2025年度 先進医療	2026年度 先進医療 + 拡大治験 + 患者申出療養	1保険期間 2,000万円 まで

先進医療だけでは受けたい治療が受けられない...そんな時に!!

「患者申出療養」とは...2016年4月にスタートした国の制度。患者からの申出をもとに審査を行い、より身近な医療機関で未承認薬などの先進的な医療を受診できるようにする制度です。

「拡大治験」とは...2016年1月にスタートした国の制度。命にかかわる重い病気の患者に、承認されていない薬を人道的に治験できるようにした制度です。

ご加入の条件

加入可能な年齢	新規加入は2026年3月1日時点で0才(生後15日以上)~満84才までの方。継続加入は満100才まで。
加入者となれる方	日本コープ共済生活協同組合連合会に加盟する会員生協の組合員(満18才以上の方)
被保険者(補償の対象者)本人(*)となれる方	① 組合員本人 ② 組合員の配偶者 ③ 組合員もしくは組合員の配偶者の子 ④ 組合員およびその配偶者の同居・別居の両親 ⑤ 組合員の同居の兄弟姉妹 ⑥ 組合員の同居の親族(6親等内の血族および3親等内の姻族)

(*) 加入申込票の被保険者ご本人欄に記載の方をいいます。

\\ コープの三大疾病保険にご加入のお客さまとその同居のご家族の方専用サービスです //

生活サポートサービス

ご相談無料

日常生活に役立つさまざまなサービスを電話にてご利用いただけます。団体総合生活補償保険など*にご加入のお客さまとその同居のご家族の方専用サービスです。 *メンタルヘルズ相談は、疾病補償プラン(精神障害補償の有無は問いません)加入者ご本人のみがご利用いただけます。詳しくは、代理店・扱者または引受保険会社までお問い合わせください。

健康・医療	■健康・医療相談	■メンタルヘルズ相談	等
介護	■介護に関する情報提供	■介護に関する悩み相談	等
認知症・行方不明時の対応相談	■認知症に関する情報提供と悩み相談	■認知症の方の行方不明時の対応に関する相談	等
暮らしの相談	■暮らしのトラブル相談	■暮らしの税務相談	
情報提供・紹介サービス	■子育て相談(12才以下)	■暮らしの情報提供	等

□ 三井住友海上ホームページの「健康・介護ステーション」でも健康・医療、介護に関する情報をご提供します。

*サービス受付のご利用時間・電話番号(通話料無料)は、ご加入後にお届けする加入者証や案内状の案内などをご覧ください。 *お使いの電話回線により、ご利用できない場合があります。また、ご利用は日本国内からに限ります。 *本サービスは、引受保険会社の提携サービス会社にてご提供します。海外に関するご相談など、ご相談内容によってはご対応できない場合があります。 *本サービスは予告なく変更・中止する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

◀◀ 詳しい **コース** と **月払保険料** 書面でのお申し込みは **コチラ**



皆さまのよくある質問にお答えします



Q 加入条件は？ 持病があるんだけど…

A 二つの質問に答えるだけです！

質問 1 これまでに医師にがん(上皮内新生物を含む)・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞、脳内出血およびくも膜下出血)のいずれかと診断されたことがありますか？

質問 2 過去2年以内に、病気により医師の手術を受けたこと、または入院したことがありますか？

※初年度契約の補償開始日より前に発病した病気(その病気と因果関係があると診断された病気を含みます)については保険金をお支払いしません。ただし、補償開始後1年超経過してお支払いの事由に該当した場合は、因果関係を問わず保険金をお支払いします。
※その他の加入条件(加入可能な年齢、加入者となれる方など)は「ご加入の条件」をご確認ください。

Q 補償期間はいつからですか？

A 下記をご参照ください！

お申込み締切日と補償開始日

- ① お申込み締切日: 毎月10日
- ② 補償開始日: お申込み締切日の翌月1日午前0時
- ③ 初回保険料の口座振替日: 補償が開始した翌月より、毎月13日(金融機関休業日の場合は翌営業日)
保険料は生協登録口座から、生協の利用代金と一緒に請求します

①	②	③	④
加入申込票 お申込み締切日	補償開始日	初回保険料の 口座振替日	契約更新日
毎月10日	①の翌月1日	②の翌月13日	3月1日

※解約される場合は毎月10日が解約書類提出締切日、補償終了日は解約書類提出締切日の翌月1日、最終保険料の口座振替日は補償終了月の13日です。

他にもこんなご質問が！

q1 この保険の対象になる三大疾病とはどんな病気ですか？

A1 以下のとおりです。
がん: 悪性新生物および上皮内新生物のことで、白血病、肉腫、骨肉腫、悪性リンパ腫等を含みます。
急性心筋梗塞: 心臓に栄養を送る血管(冠動脈)が突然詰まる病気です(狭心症は含みません)。
脳卒中: 脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血の総称で、脳血管が詰まったり破れたりする症状です。

q2 三大疾病診断保険金はどんな時に受け取れますか？

医師によって三大疾病に罹患、発病し、下表の支払要件を充足した場合に受け取れます(保険期間中にがんと診断確定された場合、または急性心筋梗塞もしくは脳卒中により入院された場合に限りです)。詳しくは補償内容・重要事項のご説明等をご確認ください。

支払事由	支払要件
①がん罹患したこと。	次のいずれかがんと診断確定された場合 ア. 保険期間の開始時に降に初めて罹患したがん イ. 再発したがん ウ. 転移したがん エ. 既払がんとは全く別のがん
②急性心筋梗塞を発病したこと。	急性心筋梗塞と医師によって診断され、急性心筋梗塞の治療を直接の目的として入院を開始した場合
③脳卒中を発病したこと。	脳卒中と医師によって診断され、脳卒中の治療を直接の目的として入院を開始された場合

q3 三大疾病診断保険金は何度でも受け取れますか？

A3 保険期間中に1回までなら三大疾病それぞれで受け取れます。また、支払事由に該当した日からその日を含めて1年を超えて同一事由に該当した場合は、同一の事由で複数回受け取れます。

q4 すでに他の保険(共済)で先進医療費用の補償に加入しています。この保険の先進医療・拡大治験・患者申出療養費用にも加入する場合、先進医療費用は両方の保険(共済)から保険金を受け取れますか？

A4 他の保険契約等で同様の補償(先進医療費用保険金)がある場合、損害の額から他の保険契約等から支払われた保険金または共済金の合計額を差し引いた金額をお支払いします。ただし、実損払いの補償ではないなど、他の保険契約等の補償内容によってはそれぞれの契約から保険金が支払われる場合もあります。

q5 保険料の口座振替ができなかった場合どうなりますか？

A5 口座振替ができなかった場合、その翌月に2か月分の保険料を口座振替します。このとき口座振替ができなかった場合には、ご契約は解除となり、補償期間を遡って保険責任が終了し、その時に降に生じた損害に対して、保険金をお支払いできないことがあります。また、再加入する際は再度告知が必要です。詳しくは代理店・扱者までお問い合わせください。

q6 保険期間の途中で別のコースへ変更できますか？

A6 できます。ただし、コースによっては改めて健康告知をいただく必要があります。詳しくは代理店・扱者までお問い合わせください。

q7 生協を脱退した場合はどうなりますか？

A7 この保険は生協組合員専用の保険のため、脱退されると保険を継続することはできません。なお、再度他の生協に加入する場合(引越し等)、再加入先の生協でコープの三大疾病保険の取扱いがあれば、お手続きにより契約を継続することが可能です。

その他

気になることは、表紙記載のお問い合わせ先までご連絡ください！



プランとコース

- ご加入は、全6コースのうち1コースのみとなり、重複加入はできません。
- 死亡保険金はありません。**
- ケガの補償はありません。**
(先進医療・拡大治験・患者申出療養費用保険金はケガも対象です。)

6つのコースからお選びください

		三大疾病の補償を しっかり手厚く! A スタンダードプラン				お手ごろな保険料で 安心の補償! B シンプルプラン	
		300万円 コース A3	200万円 コース A2	100万円 コース A1	50万円 コース A05	200万円 コース B2	100万円 コース B1
三大疾病 診断 保険金	三大疾病を発病し、 所定の状態に該当した場合	1保険期間 各1回を限度に 300万円 200万円 100万円 50万円				1保険期間 各1回を限度に 200万円 100万円	
三大疾病 入院 保険金	三大疾病で入院した場合 1日目から1,095日以内、1入院 あたり180日が限度(日帰り入院も 対象)	日額 3,000円				日額 1,500円	
三大疾病 手術 保険金・ 三大疾病 放射線治療 保険金	三大疾病により手術・放射線 治療を受けた場合	入院中 6万円	入院中以外 1.5万円	放射線治療 3万円	入院中 3万円 入院中以外 7,500円 放射線治療 1.5万円	—	
三大疾病 通院 保険金	三大疾病による入院終了(退 院)後、180日以内にその三大 疾病治療によって通院した場 合(90日限度)	日額 3,000円				日額 1,500円	
先進医療 ・拡大治験 ・患者申出 療養費用 保険金	病気またはケガで公的医療保険 の対象外となる先進医療・拡大 治験・患者申出療養を受けた 場合 ※宿泊費は1泊につき1万円が限度	1保険期間 2,000万円まで 技術費・交通費・宿泊費				1保険期間 2,000万円まで 技術費・交通費・ 宿泊費	

●先進医療・拡大治験・患者申出療養費用保険金をはずすことができます。

三大疾病診断保険金に おける所定の状態	がん ：がん(悪性新生物および上皮 内新生物)と診断確定された場合	急性心筋梗塞 ：急性心筋梗塞と診断 され、その治療のため入院した場合	脳卒中 ：脳卒中と診断され、 その治療のため入院した場合
------------------------	---	--	--

●詳しくは、Q&Aおよび「重要事項のご説明」をご確認ください。

月払保険料

男女共通 2026年3月1日時点での満年齢です。

先進医療・拡大治験・患者申出療養費用保険金をはずす場合
記載の保険料から70円差し引いた保険料となります。

●更新について…保険は1年更新で、**5才さきみで保険料が変わります。**

被保険者 年齢	A スタンダードプラン				B シンプルプラン	
	300万円コース A3	200万円コース A2	100万円コース A1	50万円コース A05	200万円コース B2	100万円コース B1
0(注)~4才	220円	190円	150円	50才以上の方 生年月日が 昭和51年3月1日以前 のためのコース 先進医療・拡大治験・ 患者申出療養費用保 険金以外の補償を少 なくすることで保険料の 負担を減らしたコース	150円	50才以上の方 生年月日が 昭和51年3月1日以前 のためのコース 先進医療・拡大治験・ 患者申出療養費用保 険金以外の補償を少 なくすることで保険料の 負担を減らしたコース
5~9才	210円	180円	140円		150円	
10~14才	200円	170円	130円		150円	
15~19才	200円	170円	130円		150円	
20~24才	230円	190円	140円		170円	
25~29才	490円	360円	230円		330円	
30~34才	810円	580円	340円		540円	
35~39才	1,200円	840円	490円		780円	
40~44才	1,750円	1,210円	680円		1,130円	
45~49才	2,580円	1,780円	990円		1,650円	
50~54才	3,210円	2,240円	1,260円	670円	2,020円	
55~59才	5,070円	3,520円	1,970円	1,020円	3,170円	
60~64才	9,510円	6,540円	3,570円	1,820円	6,010円	
65~69才	12,800円	8,830円	4,850円	2,460円	8,020円	
70~74才	16,610円	11,510円	6,420円	3,240円	10,260円	
75~79才	18,090円	12,780円	7,480円	3,770円	10,670円	
80~84才	11,980円	9,060円	6,130円	3,090円	5,920円	
85~100才	10,560円	8,630円	6,700円	3,380円	3,930円	2,000円

(注)2026年3月1日時点で生後15日以上 ●保険料は前年度ご加入いただいた被保険者の人数と保険金の支払状況等に従った割引率で決定されます。また、更新時に保険料改定等により保険料が変更となることがあります。

健康に関する告知質問事項

- 以下の「健康に関する告知ご回答のご案内」をご覧のうえ、質問事項にご回答ください。
- 「コープの三大疾病保険(団体総合生活補償保険(MS&AD型))」にお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。
- 下記の質問事項には、組合員(加入者)ご自身がお答えください。

質問事項	
質問 ①	これまでに医師ががん(上皮内新生物を含む)・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞、脳内出血およびくも膜下出血)のいずれかと診断されたことがありますか?
質問 ②	過去2年以内に、病気により医師の手術を受けたこと、または入院したことがありますか? ※新型コロナウイルスによる自宅療養等は入院歴にはあたりません。 妊娠・出産に関わる手術歴・入院歴については、告知は不要です。

質問1および質問2に対する回答をご確認いただき、いずれも「いいえ」の場合のみお引受けします。
右図のとおり点線に○をしてください。

<ご注意>普通保険約款およびセットされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。
なお、初年度契約の補償開始日より前に発病^(※1)した病気^(※2)については保険金をお支払いしません。

- (※1)「発病」とは、医師が診断(人間ドックや定期健康診断での指摘を含みます)した発病をいいます。発病日は「初診日」または「要再検査・要精密検査・要治療となった健康診断の受診日」となります。ただし、先天性異常については、医師が診断したことによりはじめて発見されることをいいます。
- (※2)初年度契約の補償開始日より前に罹患していた既往症と因果関係があると診断された病気を含みます。ただし、補償開始後1年超経過してお支払いの事由に該当した場合は、因果関係を問わず保険金をお支払いします。

コープの三大疾病保険 健康に関する告知ご回答のご案内(必ずお読みください)

以下の注意点を御読みいただき、健康に関する告知をご回答ください。

<継続加入の場合で、保険責任を加重^(*)することなくご継続いただく場合には、あらためて健康に関する告知をいただく必要はありません。>

(*)保険金額の増額(100万円コースから200万円コースへの変更・特約の追加等)等、疾病に関する補償を拡大することをいいます。

1. 健康に関する告知の重要性

健康状況について告知いただく内容は、引受保険会社が公平な引受判断を行うための重要な事項です。必ず加入者本人が被保険者(補償の対象者)全員について、ありのままを正確に漏れなくご回答ください。

2. 正しく告知されなかった場合のお取扱い

「健康に関する告知質問事項」について、事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合には、ご加入内容が解除または取消しとなり、保険金をお支払いできないことがあります。

3. 書面によるご回答のお願い

○代理店・扱者には告知受領権があり、代理店・扱者に対して告知いただいた事項は、引受保険会社に告知いただいたものとなります。○代理店・扱者への口頭によるご回答では、健康状況を告知いただいたことになりません。必ず加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」へのご記入、または、インターネット加入システムにてご回答いただきますようお願いいたします。

4. 健康に関する告知が必要な方

新たにお申込みいただく方、および継続して加入される場合で保険金額の

増額など補償内容を拡大するご加入内容のご変更を伴う方は、健康に関する告知をいただく必要があります。「健康に関する告知質問事項」に該当された場合、お引受けできません。

5. 現在のご契約を解約・減額され、新たにご加入を検討されているお客さまへ重要事項のご説明(注意喚起情報)をご覧ください。

6. 保険期間の開始前の発病等のお取扱い

上記「健康に関する告知質問事項」の「ご注意」および、補償内容・重要事項のご説明等をご覧ください。

7. その他ご留意いただく点

○ご加入のお申込後または保険金のご請求の際、引受保険会社の社員または引受保険会社で委託した確認担当者が健康状況の告知内容を確認させていただく場合があります。○「健康に関する告知質問事項」にご回答いただいた後に、万一、告知内容の漏れ・誤りに気づかれた場合は代理店・扱者または引受保険会社までご連絡ください。告知内容の訂正の手続きをご案内します。ただし、お申出内容によっては訂正をお受けできずご加入をそのままご継続いただけない場合があります。

加入申込票 記入例

生協花子

訂正、取消の場合は二重線で消し、訂正箇所には訂正署名(フルネーム)または訂正印を押印ください。また、修正液・修正テープ等はお使いになれませんのでご注意ください。

A ご記入はSTEP1・2 いずれも組合員(加入者)ご本人がご記入ください。

B 団体契約の保険始期(2026年3月1日)現在の満年令をご記入ください。
※2026年3月1日現在の満年令により保険料が決定するためです。

C 加入者と被保険者が同じ場合でも、ご記入ください。

D 複数の保険契約にご加入の場合は、全ての保険契約の合計金額をご記入ください。

使用期限: 令和9年1月10日お申込みまで | 保険期間: 令和8年3月1日から令和9年3月1日まで

STEP 1 加入者情報をご記入ください

私は、「コープの三大疾病保険」の募集(パンフレット)の告知事項を御読みいただき、内容を御確認し、これらを書面もしくは電子データなど団体が定める方法で受領すること、および個人情報取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。また、私から特約の申し出をしない限り、毎年3月1日を継続日としてこの保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。

010 申込日 令和8年1月10日 | 017 組合員番号 12345678 | 生協への口座登録

012 住所 東京都中央区日本橋3-5-19 | 011 電話番号 090-0000-1234

013 電話番号 103-0027 | 014 電話番号

017 カタカナ セイキョウ ハナコ | 性別 男(1) 女(2) | 生年月日 57年5月1日 | 年令 満43才

018 組合員氏名(加入者兼告知者) 生協 花子

STEP 2 保険の対象となる方の情報をご記入ください。加入者と被保険者が同じ場合でもご記入が必要です。

2026年(令和8年)3月1日現在の年令をご記入ください

019 1人目 044 カナ セイキョウ タロウ | 020 性別 男(1) 女(2) | 021 年令 満47才

022 氏名 生協 太郎 | 023 生年月日 53年8月1日 | 024 加入者情報 本人(1) 配偶者(2) 子(3) 両親(4) 同居の兄弟姉妹(5) 同居の親族(6)

025 健康状況告知書質問事項回答欄

300 加入コース(ご希望のコース1つに○をつけてください) 572	スタンダードプラン	シンプルプラン				
301 先ず医療機関ありコース	300万円 A3	200万円 A2	100万円 A1	50万円 A05	200万円 B2	100万円 B1
302 先ず医療機関なしコース	300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2	100万円 D1

026 加入保険料 2,580円 | 027 社内備 300円

028 新たに加入する場合、または、保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合 | 029 他保険契約等(注) あり(1)

030 疾病による入院保険日額(合計) 5,000円 | 031 疾病による通院保険日額(合計)

コープの三大疾病保険 加入申込票 兼 健康状況告知書

(団体総合生活補償保険(MS&AD型))

ご記入の際はもれなく消せない黒のボールペンでご記入ください。

000 AAA 020 994 354
 RA81 03 88 LF ④
 XNS □座還元ユニークキー

ご記入はSTEP1・2いずれも組合員(加入者)ご本人でご記入ください。★の項目は加入者の訂正署名(フルネーム)が必要です。

使用期限: 令和9年1月10日お申込みまで

保険期間 令和8年3月1日から令和9年3月1日まで

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたすね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十分に確認のうえご回答(記入)ください。

STEP 1 加入者情報をご記入ください。

新たにご加入する場合 (新規加入) ご加入済みで、追加加入する場合 (被保険者追加) コース変更 増額

私は、「コープの三大疾病保険」の募集パンフレット、「重要事項のご説明」、「ご加入内容確認事項」等を確認し、これらを書面もしくは電子データなど団体が定める方法で受領すること、および個人情報の取扱いに同意のうえ、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3月1日を継続日としてこの保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。

010 申込日 兼告知日	令和8年2月15日	017 組合員番号 (右詰で記入)	0 1 2 3 4 5 6 7	生協への □座登録	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
カタカナ 317 012 〒(郵便番号)	カゴシマシヒロキ 399(漢字)	307 カタカナ 組合員(加入者)本人がフルネームでご署名ください。★	鹿児島市広木一丁目〇-〇	電話番号 (携帯もしくは自宅)	011 099 - 286 - 1139
890 - 0037	組合員氏名 (加入者兼告知者)	341	性別	生年月日	年齢
	生協 クミコ	341	982 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	980 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	40年7月7日 満50才

STEP 2 保険の対象となる方の情報を加入者となる方がご記入ください。 加入者と被保険者が同じ場合でもご記入が必要です。

※三井住友海上火災保険株式会社宛 左頁の健康に関する告知質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。「健康に関する告知ご回答のご案内」を確認し、内容を理解しました。

1人目 2026年(令和8年)3月1日現在の年齢をご記入ください。

390 氏名	J04 カナ セイキョウ クミコ L67 漢字 生協 クミコ	302 *性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	303 *年齢 満 60才	323 *生年月日 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 40年7月7日	み加入者から た続柄 L18 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 同居の兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/>
*健康状況告知書 質問事項回答欄	300 加入コース (ご希望のコース1つに○をつけてください) 572① ★	保険料表記載の保険料をご確認後、 ご自身でご記入ください			加入保険料
LKA LKH 質問1・2★ いずれも いいえ 4	スタンダードプラン	シンプルプラン	3570円		
ありコース	300万円 A3	200万円 A2	100万円 A1	50万円 A05	200万円 B2
なしコース	300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2
新たに加入する場合、または、保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。		Y34 *他の保険契約等 (注) あり <input type="checkbox"/>	Y38 疾病による入院保険金日額(合計) 円	疾病による通院保険金日額(合計) 円	社内欄 300 572① 円

2人目 2026年(令和8年)3月1日現在の年齢をご記入ください。

390 氏名	J04 カナ セイキョウ クミコ L67 漢字 生協 クミコ	302 *性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	303 *年齢 満 才	323 *生年月日 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日	み加入者から た続柄 L18 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 同居の兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/>
*健康状況告知書 質問事項回答欄	300 加入コース (ご希望のコース1つに○をつけてください) 572① ★	保険料表記載の保険料をご確認後、 ご自身でご記入ください			加入保険料
LKA LKH 質問1・2★ いずれも いいえ 4	スタンダードプラン	シンプルプラン	円		
ありコース	300万円 A3	200万円 A2	100万円 A1	50万円 A05	200万円 B2
なしコース	300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2
新たに加入する場合、または、保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。		Y34 *他の保険契約等 (注) あり <input type="checkbox"/>	Y38 疾病による入院保険金日額(合計) 円	疾病による通院保険金日額(合計) 円	社内欄 300 572① 円

(注)スタンダードプランにご加入で同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、団体総合生活補償保険等の病気に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。また、他の保険会社等における契約、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。)がありますか。「あり」の場合、「1」に○印のうえ、必ず○印の隣の欄にご記入ください。ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。

生協名(カナ) 018	コープカゴシマ	生協コード 019	9820005
生協使用欄	受付日 令和 年 月 日	事業所名	事業所コード
担当者名	担当者コード		
R50 合計保険料	受付担当	受付日	中途加入始期日
円	令和 年 月 日	令和 年 月 日	受付番号
			098 加入者番号
			099 旧加入者番号
			331 特記事項(カナ)

被保険者記入欄が不足する場合や記載事項の確認については生協職員ではなく、代理店までお問合わせください。 DC250902 2025.9/AHJ62

この加入申込票は、複写式ではありません。「コープの三大疾病保険」のご加入控となりますので切り取っていただき、加入者証が届くまで大切に保管願います。

生協の係記入	加入者氏名	申込みコース名	受付日	受付者印
「コープの三大疾病保険」 加入申込票本人控		保険料欄	円 令和 年 月 日	店 センター

加入者証は、補償開始後、1か月以内に郵送されます。<ご注意>保険料を2か月連続してお引き落としが出来ない場合、ご契約を解除させていただきます。

お申込み手続きについて

書面

でお申込み



中面の一番右側にごさいます、
「**加入申込票**」に必要事項をご記入いただき
代理店・扱者までご提出ください。
詳しくは中面をご覧ください。



コチラに
記入

※画像はイメージです。実際の加入申込票とは異なる場合があります。

or

WEB

でお申込み



※被保険者追加は除く

お申込みはスマホで
カンタン!



お手続きはこちら



PCはこちら



<https://x.gd/APUkk>

で検索

補償内容・
重要事項の
ご説明等はこちら

このパンフレットは、保険の概要をご説明したものです。
ご加入に際して特にご確認いただきたい事項(「契約概要」)や、被保険者にとって不利益になる事項等、特にご注意いただきたい事項(「注意喚起情報」)、「ご加入内容確認事項」等は、右記二次元コードや以下URLに掲載しています。保険金をお支払いする場合、保険金のお支払額、保険金をお支払いしない主な場合等の重要な事項が記載されておりますので、**必ずご参照いただいたうえで、PDFファイルをご自身の端末に保存していただくか、印刷し、保管していただきますようお願いいたします。**
PDFファイルによるご提供を希望されない場合、あるいはPDFファイルの閲覧ができない場合は、お問い合わせ先までご連絡ください。

https://coopkyosai.coop/dantai/lp/sandai/important_theory_02.pdf



お問い合わせは
こちら

〈お問い合わせ先〉代理店・扱者

株式会社コープサービス

〒890-0037
鹿児島市広木一丁目1番1号

0120-39-7780

(受付時間:
月曜日～金曜日
午前9時～午後5時まで)

または099-286-1139

<https://www.coopsve.jp/>

承認番号：A25-101003 承認年月：2025年9月

料金受取人払郵便



差出有効期間
2027年3月31日
まで(切手不要)

定形郵便物

「コープの三大疾病保険」
加入申込票在中

8908790

933

受取人

鹿児島市広木一丁目1番1号

株式会社コープサービス 行



加入申込票の郵送方法

通常郵便より1～2日遅い到着となります。
お早めにご提出ください。

- ①左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その封筒の中に入力申込票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。



加入申込票の郵送(切手不要)にご利用いただけます。地域担当者へお渡しいただく場合は手渡しを基本をお願いいたします。