

コクヨ共済会
コクヨ共済会「団体給与サポート保険」

団体長期障害所得補償保険 加入依頼書兼告知書

保険期間 : 2025年7月1日より1年間
提出締切日 : 2025年4月18日(金)
提出先 : コクヨ共済会事務局または返信封筒で

申込口数の増口・減口を希望される方は、必ず裏面の
申込日・加入者欄に記入・署名をお願い致します。
また、申込口数の増口を希望される場合には、裏面の
質問事項にもご回答ください。

SEQNO.			
本籍会社名			
氏名	フリガナ: _____ 様	社員コード	

住所	〒 _____ TEL: _____
★生年月日・性別	※必ずご記入ください (西暦) 年 月 日 男(M)・女(F)
現在の ご加入プラン	プラン: 保険金月額: 円(口) 保険料: 円(1口 円) (支払対象外条件:)

- ・加入内容を変更しない方・・・ご提出不要です。
・増口または減口の方・・・変更後の口数をご記入ください。
※対象期間開始後36ヵ月間は、1口あたりの保険金月額が2万5千円になります。
詳細はパンフレットをご覧ください。

☐ 共済会会員用プラン

1口 (5万円)～10口 (50万円) かつ保険金月額が年収の1/12の60%以下となる範囲内でお申し込みください。

保険料
(1口)

405円

加入
口数

口

☐ 継続しない方、ご署名ください

(裏面への記入・署名は不要です)

自署

※募集結果によっては募集後に保険料が変更となる場合があります。
※昨年度、支払対象外条件付きでお引受けした方は今年度も引き続き同条件でのお引受けとなります。
3 9949042 49-053-000-000-21 048403-000000 2 20250206

預金口座振替依頼書

(重要)この依頼書ではゆうちょ銀行のご指定はできません。

※変更がある方のみご記入願います。

私は三菱UFJファクター(株)から請求された金額を、私名義の預金口座から口座振替により支払うことを希望いたしますので、預金口座振替規定を確認のうえ依頼します。

振替日
毎月
27日

(金融機関休業日の場合は翌営業日)

一預金口座振替規定一

- 銀行、金庫、組合等(以下銀行という)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、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 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。)をこえるときは、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。
- この契約を解約するときは、私から銀行に書面により届出ます。なお、この届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事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したものと取扱いをさせていただきます。
- この預金口座振替について十分に協議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。

収納企業名(口座振替依頼書不備返却先) 三菱UFJファクター株式会社(ワイドネット)
〒101-8637 東京都千代田区神田淡路町2-101ワテラスタワー TEL: 03-3251-8091

フリガナ	金融機関届出印	支店名	金融機関コード
指定預金口座	① 普通(総合) ② 当座	支店コード	
預金名義人	口座番号		

委託者(保険料収納代行)	料金等の種類	委託者番号
アイ・エム・サービス株式会社	損害保険料	64137
証券番号	49-053-000-000-21 3 9949042 20250206	000000
〈金融機関使用欄〉	口座振替依頼書に不備がありましたら下記該当欄に○をつけて至急三菱UFJファクターへにご返送ください。	
検印	印鑑照合	受付印
	1.預金取引なし 2.店名相違 3.預金種目相違 4.口座番号相違 5.口座名義相違 6.印鑑相違 7.印鑑もれ 8.印鑑不鮮明 9.その他()	

裏面の質問事項(告知事項)にご回答いただき、
申込日・加入者欄に記入・署名してください。

健康状態告知書 下記質問事項Ⅰ・Ⅱ(告知事項)にご回答ください。※お書き間違えの際は、二重線で訂正のうえ、訂正箇所に訂正署名または訂正印をお願いします。

★の付された項目は、告知事項に該当します。これらの項目に事実と異なる記載をされたり、または事実を記載しなかった場合には、ご契約が解除されたり、保険金をお支払いできないことがあります。また、裏面に支払対象外条件が記載されているご加入者が今回再度告知事項にご回答いただいた結果、お引き受けが可能となる場合は、更新後のご契約より支払対象外条件がなくなります。

Ⅰ【健康状態★】 この保険にお入りいただけるのは、現在健康で正常に勤務している方です。次の質問に正しくご回答ください。
回答は「なし」または「あり」のいずれかに○をつけてください。ご回答がすべて「なし」であればお引受けいたします。

質問1★ 告知日(申込日)現在、医師から入院または手術をすすめられていますか？

あり
(はい)

お引受けできませんが、

1つ以上あり

質問2★ 告知日(申込日)現在より過去2年以内に

①「傷病一覧(表1)」または「精神の病気(表2)」と医師に診断されたことがありますか。
②「傷病一覧(表1)」または「精神の病気(表2)」のため、検査(※)や治療(投薬の指示を含みます)を受けるように指導されたことがありますか。
(※) 検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「あり」となります。

(表1)傷病一覧

傷病一覧	全身性エリテマトーデス、多発性筋炎および皮膚筋炎、ベーチェット病、多発性硬化症、関節リウマチ、糖尿病、パーキンソン病、メニエール病
------	---

(表2) 精神の病気の代表的な例 (下記以外にも精神の病気となるものがあります)

精神の病気	自律神経失調症、統合失調症、うつ病、双極性障害(躁うつ病)、不安障害、パニック障害、身体表現性障害、摂食障害、適応障害、睡眠障害、心身症、心因反応、神経衰弱、発達障害、知的障害、アルコール依存症、薬物依存など
-------	--

なし

お引受けできます(注)。下記にご記入・ご署名ください。

(注) 告知の内容にかかわらず、加入後一定期間に就業障害が発生した場合は保険金をお支払いできないことがあります。
詳しくは、重要事項等説明書「1. (2)③保険金をお支払いできない主な場合●始期前発病(治療)の取扱い」をご参照ください。

Ⅱ【他の保険契約★】 他の同種の保険契約(所得補償保険・団体長期障害所得補償保険等)に加入していますか。(共済契約を含みます。)
「はい」の方は○をつけて他保険契約状況をご記入ください。

(他の保険契約状況)

はい

契約内容 (保険会社名、満期日、保険金額など)

お申込み・告知・同意

キャピタル損害保険株式会社 御中

※ 加入される方は必ず申込日(告知日)を記入し、ご署名ください。
※ 告知が必要な方は、上記ご質問事項(告知事項)にご回答ください。

申込日(告知日)

年 月 日

加入者(被保険者)

署名(自署フルネーム)

【告知書の個人情報の取扱いについて】

■当社は、告知書に記載された個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、等を行うために取得・利用するほか、下記①および②、その他業務上必要とする範囲で、提供もしくは登録を行います。

① 当社が、上記業務のために、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

② 当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含む)があること。

なお、要配慮個人情報ならびに保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則により限定された目的の範囲で、利用します。

■当社の個人情報保護方針については、当社のホームページ(<https://www.capital-sonpo.co.jp>)に掲載されている「個人情報保護宣言」をご覧ください。

社内 使用 欄	主 契 約 (プラン：)			ボーナスプラン (プラン：)			中途加入日 年 月 日		
	B M E	月額	百万	千	円	月額	百万	千	円
	保険金額	月額	百万	千	円	月額	百万	千	円
	保 険 料 (月払は1回分)	月額	百万	千	円	月額	百万	千	円

契約管理	営業事務	営業
------	------	----

引受保険会社 キャピタル損害保険株式会社 (TRD,2309,201,000)