

埼玉県民共済生協並びに「新型・県民共済」「医療・生命共済」「こども共済」加入申込書兼預金口座振替依頼書

私は、埼玉県民共済生協へ、設立の趣旨に賛同して出資を引き受け加入を申し込みとともに、【ご加入に当たってのご案内】【共済制度のご案内】を理解・確認し、つぎの通り健康告知のうえ標記の共済への加入を申し込みます。この申込書に記入した健康告知等の内容は事実と相違ありません。平成 年 月 日

| 加入される方のご住所 | |
|-------------|-------------|
| ご住所 | ふりがな 〒 ー |
| ご自宅（連絡先）TEL | () () |

| | | |
|----------------------------------|------------------|---------|
| 加入される満14歳までのお子様の扶養者お一人が契約者となります。 | | お子様との続柄 |
| 「こども共済」 の契約者氏名 | ふりがな | 父 母 |
| | | その他 () |
| | 生年月日 昭和 平成 年 月 日 | |

【ご加入に当たってのご案内】【共済制度のご案内】を確認し、健康告知のうえ、ご加入されるご本人様のご署名ください。

| お名前 | 加入される方の氏名 | 性別 | 生年月日 | 出資金 | 満15~64歳 いずれか1つをお選びください | | 0~満14歳 こども共済 | 告知欄 |
|-----|-----------|---------------|-------|------|---------------------------|-----------|-----------------|-----|
| | | | | | 新型・県民共済 | 医療・生命共済 | | |
| お名前 | ふりがな | 男(昭和) / 女(平成) | 年 月 日 | 200円 | ②,500円コース | ②,000円コース | ①,000円コース | |
| | ふりがな | 男(昭和) / 女(平成) | 年 月 日 | 200円 | ②,500円コース | ②,000円コース | ①,000円コース | |
| 前 | ふりがな | 男(昭和) / 女(平成) | 年 月 日 | 200円 | ②,500円コース | ②,000円コース | ①,000円コース | |
| | ふりがな | 男(昭和) / 女(平成) | 年 月 日 | 200円 | ②,500円コース | ②,000円コース | ①,000円コース | |

健康告知事項

下記の質問はこの共済のご加入にあたり、重要な事項です。加入される方が下記の1~7のいずれかに該当する場合は、申込書の告知欄にその番号すべてをご記入ください。ご記入がない場合は、「該当なし」と申告されたものとします。

- 現在、病気やケガの治療中である。または検査や治療が必要と指摘されている(健康診断や人間ドックなどで、検査や治療が必要と指摘された場合を含む)。もしくは検査中である。
- 慢性疾患の診断を受けている、もしくは医師から治療をすすめられている。または慢性疾患が治ってから5年以内である。
- 慢性疾患や中毒のため薬を常用している。
- 過去1年以内に、病気やケガで連続14日以上入院か、同じ病気やケガなどで20回以上の通院治療を受けたか、または過去3か月以内に心身に異常を感じる症状や変調があった。
- 手術を受け、治ってからまだ1年以内である。
- 身体に残る障害や先天的な病気により、日常生活において他人の手助けを必要とする状態である。<女性の方は下記の質問にもお答えください>
- 過去5年以内に帝王切開を受けたことがある。(条件付きでご加入いただけますので、該当すると申告された方にはご連絡させていただきます。)

- 慢性疾患(先天性を含む)とは、次に掲げるものをいいます。
 - ①悪性腫瘍(がん、肉腫など*)
 - ②消化器疾患(胃潰瘍、慢性胃炎、炎症性腸疾患、十二指腸潰瘍、慢性肝炎(肝炎ウイルスキャリアを含む)、肝硬変、慢性膵炎、胆石症など*)
 - ③循環器疾患(狭心症、心筋梗塞、不整脈、高血圧症など*)
 - ④呼吸器疾患(気管支喘息、間質性肺炎、肺線維症、肺結核、肺気腫など*)
 - ⑤神経・筋疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、髄膜炎、てんかん、筋炎など*)
 - ⑥腎・尿路疾患(腎炎、ネフローゼ、尿路結石など*)
 - ⑦代謝・内分泌疾患(糖尿病、痛風、甲状腺機能亢進(低下)症など*)
 - ⑧精神疾患(統合失調症、アルコール症など*)
 - ⑨運動器疾患(骨髄炎、椎間板ヘルニア、変形性関節症など*)
 - ⑩血液疾患(悪性貧血、白血病など*)
 - ⑪アレルギー性疾患および膠原病(リウマチ、ベーチェット病など*)
 - ⑫耳鼻咽喉および眼疾患(中耳炎、メニエール病、白内障、緑内障など*)
 - ⑬女性性器疾患(子宮筋腫、卵巣腫瘍など*)
- *「など」とは、3ヵ月以上の治療または経過観察を必要とする病気をいいます。
- 薬とは、血圧降下剤、抗潰瘍剤、鎮痛剤、睡眠剤、抗糖尿病剤、精神安定剤、覚醒剤・違法ドラッグ、麻薬・大麻をいいます。
 - 心身に異常を感じる症状や変調とは、血たん、頸部・胸腹部・腰部の痛み、頸部・乳房などのこり、血便・血尿その他の不正出血、妄想や幻覚・幻聴、10kg以上の体重の増減をいいます。
 - 花粉症については告知する必要がありません。
 - ※健康告知事項に該当する方はご加入いただけません。
- (ただし、内容によりご加入いただける場合がありますので、告知欄にご記入された方へは、県民共済よりその内容について確認させていただきます。)

預金口座振替依頼書

私は共済掛金等を預金口座振替の方法により支払いますので、下記のとおり埼玉県民共済の口座振替取扱金融機関を指定しました。なお、出資金は初回の掛金に加えて口座振替により納入いたします。

| 金融機関名 (レ印) | 店名 | 預金の種目 | 預金口座番号 | お届け印 (通帳にご使用の印) |
|------------------------------------|-----------------|-------|--------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 三菱東京UFJ銀行 | 本店 支店 出張所 | ① 普通 | | 印 |
| <input type="checkbox"/> 三井住友銀行 | | ② 当座 | | |
| <input type="checkbox"/> みずほ銀行 | 店番号 | | | |
| <input type="checkbox"/> りそな銀行 | ふりがな | | | |
| <input type="checkbox"/> 埼玉りそな銀行 | 預金者氏名 | | | |
| <input type="checkbox"/> 武蔵野銀行 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 埼玉縣信用金庫 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 青木信用金庫 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 川口信用金庫 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 飯能信用金庫 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 中央労働金庫 | | | | |

| | |
|--------|--------------|
| 団体名 | 埼玉県民共済生活協同組合 |
| 料金等の種類 | 共済掛金等 |

金融機関御中
私は、共済掛金等を上記により自動口座振替によって支払うことにしたので、下記の事項を確認のうえ依頼します。

- 私が支払うべき共済掛金等について貴金融機関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に記載された金額を預金口座から引き落としのうえお支払いください。
- 預金の引き落としにあたっては、当座勘定または預金規定にかかわらず、小切手の振り出しまたは預金通帳および預金払戻請求書の提出はいたしません。
- 預金口座の残高が振替日において請求書の金額に満たないときは、私に通知することなく請求書を返却されても差し支えありません。
- この契約は、長期間にわたる左記団体から請求がない等相当の事由があるときは、特に申し出をしない限り、貴金融機関はこの契約が終了したものとして取り扱って差し支えありません。
- この預金口座振替について仮に紛議が生じても、貴金融機関の責によるものを除き貴金融機関にはご迷惑をかせません。

| | |
|---------------------|------------|
| 金融機関御中 | 受付日 |
| 除印 印 照 兼 用 受 付 印 | |
| (不備返却事由) | |
| 1. 預金取引なし | 4. 口座なし |
| 2. 記載事項不備 | 5. 名称相違 |
| (姓名、預金種目、口座番号、口座名義) | 6. その他 () |
| 3. 印鑑相違 | |
| 4. その他 () | |
| (備考) | |

※振替日は毎月15日(中央労働金庫は18日)です。(休業日の場合は翌営業日となります)。

ゆうちょ銀行 口座振替依頼書 (自動払込利用申込書 収・加)

| 種目コード | 契約種別コード | 通帳記号 | 通帳番号(右詰めでご記入ください) |
|----------|--|------|-------------------|
| 166331 | | 0 | |
| ふりがな | | | |
| 口座名義人 | | | |
| 払込先口座番号 | 00360-5-14119 | | |
| 払込先加入者名 | 埼玉県民共済生活協同組合 | | |
| 払込先加入者住所 | 〒338-8601 さいたま市中央区上落合2-5-22 | | |
| 払込日 | 毎月15日(休業日の場合は翌営業日) | | |
| 処 | 本依頼書に不備がありましたら、該当箇所○印をつけ、県民共済へご返送ください。 | | |
| 理 | 1. 通帳番号相違 2. 口座なし | | |
| 欄 | 3. 印鑑相違 4. 名称相違 5. その他 () | | |
| | 6. 印鑑相違 7. その他 () | | |
| | (備考) | | |

【不備の場合の返送先】
埼玉県民共済生活協同組合(県民共済)
〒338-8601 さいたま市中央区上落合2-5-22
☎ 048-855-5221