ユニヴァ共済 総合/医療/ドライブメイト加入申込書・告知書の記入例

2024.03

ユニヴァ共済協同組合ならびにユニヴァ共済　総合保障/医療保障/NEWドライブメイト加入申込書

ユニヴァ共済協同組合　御中

私は、ユニヴァ共済協同組合のパンフレット、および「重要事項説明書」の内容（保障額・共済掛金など）が私のニーズに合致していることを確認し、被共済者と共に理解・承知し、「個人情報保護の取り扱いについて」に同意の上、以下の通り共済契約を申し込みます。
また、本書面に記入した情報は、貴組合が行う事業継続の実態調査のために使用されることに同意します。

① 申込日　2024 年　4 月　22 日　☑新規申込の方　□追加申込の方

■ 個人事業主として、組合員になる方【契約者】　※ 初回の❶「出資金」として500円必要になります。

② フリガナ　キョウサイ　タロウ
契約者名　共済　太郎　（共済）
フリガナ　トウキョウトミナトクロッポンギ
住所　〒106－6035　東京都港区六本木1-6-1　ユニヴァマンション105号室
■携帯電話：090－0000－0000　■電話：03－0000－0000

共済に加入する方の情報は、右の被共済者名簿に記入してください。
共済に加入する方全員、告知書も必ず記入してください（ただし、NEWドライブメイトのみ加入の方は除く）。

■ 掛金のお支払方法を選択してください。

③ ☑クレジットカード払い　□口座振替払い

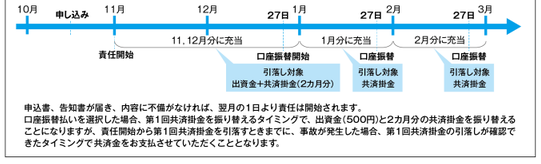
■ 掛金のお支払方法としてクレジットカード払いを選択された方は記入してください。

④ カード会社　☑VISA □MASTER □JCB □AMEX　カード名義人 ※ローマ字で記入　TAROU KYOUSAI
カード番号　1234－5678－9012－3456　有効期限　01 月／20 29 年

掛金のお支払方法として口座振替払いを選択された方は別紙、口座振替依頼書に必要事項を記入してください。

【口座振替払いを選択した場合の掛金引落しと共済金お支払いについて】　クレジットカードのお支払いについてはユニヴァ共済までお問い合わせください。

■11月1日 責任開始の場合



申込書、告知書が届き、内容に不備がなければ、翌月の1日より責任は開始されます。
口座振替払いを選択した場合、第1回共済掛金を振り替えるタイミングで、出資金（500円）と2カ月分の共済掛金を振り替えることになりますが、責任開始から第1回共済掛金を引落すときまでに、事故が発生した場合、第1回共済掛金の引落しが確認できたタイミングで共済金をお支払させていただくことになります。

申込書・告知書・口座振替依頼書の控えが必要な方は、ご自身でコピーの上、保管してください。後日、ユニヴァ共済より共済証書を送付させていただきます。

【ユニヴァ共済被共済者名簿】
・共済に加入する方全員、別紙の告知書も必ず記入してください。（ただし、NEWドライブメイトのみ加入の方は除く）
・加入する方の続柄によっては、加入する方の免許証などの確認書類の提出をお願いする場合があります。
・事実ではないことを記入されたときは、契約は解除され共済金をお支払いできない場合があります。
・会員番号欄は、個人事業主として組合員になる方（契約者）の番号を記入してください。

※BC番号が未記入の場合は「001」で登録いたします。
※ユニメイトの方は、mで始まる7桁の番号のみを記入してください。

⑤ **■共済に加入する方**

被共済者	加入する方の氏名	契約者の会員番号	生年月日	加入コース
続柄	フリガナ キョウサイ タロウ 共済 太郎	1 2 3 4 5 6 7 － 0 0 1	□昭和 □平成 □令和 □西暦 1961 年 3 月 17 日（満 63 才）	☑総合保障＋医療保障＋NEWドライブメイト（6,400円 [2,400円+2,400円+1,600円]／月） □総合保障（2,400円／月） □医療保障（2,400円／月） □NEWドライブメイト（1,600円／月）
☑本人 □配偶者 □子供 □親 □その他（　）			性別 ☑男 □女	
続柄	フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子	1 2 3 4 5 6 7 － 0 0 2	□昭和 □平成 □令和 □西暦 1963 年 4 月 21 日（満 61 才）	☑総合保障＋医療保障＋NEWドライブメイト（6,400円 [2,400円+2,400円+1,600円]／月） □総合保障（2,400円／月） □医療保障（2,400円／月） □NEWドライブメイト（1,600円／月）
□本人 ☑配偶者 □子供 □親 □その他（　）			性別 □男 ☑女	
続柄	フリガナ キョウサイ イチロウ 共済 一郎	1 2 3 4 5 6 7 － 0 0 3	□昭和 □平成 □令和 □西暦 1993 年 7 月 2 日（満 30 才）	☑総合保障＋医療保障＋NEWドライブメイト（6,400円 [2,400円+2,400円+1,600円]／月） □総合保障（2,400円／月） □医療保障（2,400円／月） □NEWドライブメイト（1,600円／月）
□本人 □配偶者 ☑子供 □親 □その他（　）			性別 ☑男 □女	

■初回掛金のお支払い額について
【クレジットカード払いの場合】
出資金（初回のみ）500円 ＋ 左記月額共済掛金 1カ月分 ＝ 初回掛金のお支払い額

【口座振替払いの場合】
出資金（初回のみ）500円 ＋ 左記月額共済掛金 2カ月分 ＝ 初回掛金のお支払い額

※掛金のお支払方法として、口座振替払いを選択された契約者は、初回のみ月額共済掛金を2カ月分引落すことになります。（左表、参照）

⑥ **■月額共済掛金を確認してください**

総合保障＋医療保障＋NEWドライブメイト			
6,400円／月×	3	名	19,200 円
総合保障 2,400円／月×		名	円
医療保障 2,400円／月×		名	円
NEWドライブメイト 1,600円／月×		名	円
＝合計			19,200 円

総合保障/医療保障　告知書

以下の質問は共済契約にあたり重要な事項ですので、ありのままを正確にご記入ください。ご記入がない場合は「いずれにも該当しない」と回答したものとさせていただきます。もし、事実を記入されず、また事実でないことを記入されたときは、契約は解除され、共済金をお支払いできない場合があります。
なお、ユニヴァ共済協同組合は、再共済契約の締結や再共済金の請求のため、再共済の取引先に対して本契約に関する個人情報を提供することがあります。あらかじめご了承ください。
申込日（告知日）時点の健康状態について回答いただき、加入申込書と共に返送いただきますようお願いいたします。
また、回答内容によっては加入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。

① 告知日（申込日）申込書の申込日と同じ日　2024年　4 月　22 日

② **以下、質問事項をよく読みお答えください。**

		氏名 共済 太郎	氏名 共済 花子	氏名 共済 一郎
1	加入する方の氏名を記入してください。			
2	現在の職業をご記入ください。 ※本組合が指定する危険職種※1については加入をお断りする場合があります。	職業 会社員	職業 主婦	職業 会社員
3	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。	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
4	過去1年以内に、病気やケガで連続14日以上の入院、または通院治療を受けた、もしくはその必要があると診断されている。（異常分娩を含みます。）	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
5	手術を受け、治ってからまだ1年以内である。	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
6	現在、本組合が指定する慢性疾患※2の診断を受け医師により治療を受けている、もしくは医師から治療を勧められている。	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
7	慢性疾患※2のため、薬を常用している。	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ

1つでも「はい」に該当した方は右に続きます。

※1：危険職種とは次に掲げるものをいいます。
（1）タクシー運転手、ハイヤー運転手、自動車運転代行業運転手その他これらに類する職業に従事する方
（2）テストパイロット、テストドライバー、テストライダーその他これらに類する職業に従事する方
（3）格闘、競輪、オートレース、競艇その他これらに類する職業競技に従事する方
（4）力士、拳闘家、プロレスラー、プロスキーヤーその他これらに類する職業に従事する方
（5）杭内、坑道内作業従事者その他これらに類する職業に従事する方
（6）スタントマン、レスキュー隊員その他これらに類する職業に従事する方
（7）サーカス、軽業師、曲芸等に従事する方その他これらに類する職業に従事する方
（8）猛獣を取り扱う方その他これらに類する職業に従事する方
（9）ゴンドラ等を使用する窓ふき業に従事する方その他これらに類する職業に従事する方（但し3階建以上の建物の窓ふき業）
（10）（風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律）の第2条第6項に定める「店舗型性風俗特殊営業」、同条第7項に定める「無店舗型性風俗特殊営業」、同条第8項に定める「映像送信型性風俗特殊営業」、同条第9項に定める「店舗型電話異性紹介営業」、同条第10項に定める「無店舗型電話異性紹介営業」および同条第11項に定める「接客業務受託営業」（ただし、同項1号および3号の営業を行う者より委託を受けるものを除く）に従事している方およびその経営者その他これらに類する職業に従事する方

※2：慢性疾患とは次に掲げるものを言います。
（1）悪性新生物（癌・肉腫・筋腫・白血病等）
（2）胃および腸の潰瘍（胃潰瘍・十二指腸潰瘍・肝炎・肝硬変等）
（3）心臓疾患（狭心症・心筋梗塞・高血圧症等）
（4）肺疾患（肺炎・肺結核等）
（5）脳血管疾患（脳出血・脳血栓・くも膜下出血等）
（6）腎臓疾患（腎炎・ネフローゼ等）
（7）肝臓・すい臓等の内臓疾患
（8）糖尿病およびその他代謝障害
（9）精神病およびアルコール中毒（統合失調症等）
（10）骨髄およびび神経疾患（骨髄炎・髄膜炎・脳性麻痺等）
（11）血管および血液疾患（血友病・動脈硬化症等）
（12）耳疾および眼疾患
（13）厚生労働省が指定する特定疾病医療費公費負担の対象となる疾患（ベーチェット病・クローン病・パーキンソン病等）

③ ↓前ページの質問事項で、1つでも「はい」に該当した方は、詳細を記入してください。

氏名	共済 太郎	共済 花子	
傷病名 ※診断された傷病名を記入してください。※具体的な傷病原因や合併症後遺症がある場合には、その内容について詳細記入欄に記入してください。	傷病 高血圧 部位 合併症 あり なし 後遺症 あり なし	傷病 胃がん 部位 合併症 あり なし 後遺症 あり なし	傷病 部位 合併症 あり なし 後遺症 あり なし
申込日（告知日）時点の状況 ※該当するもの全てに○をつけてください。	完治 治療中 検査中 経過観察中 はい 医師より「治療の必要がある」と診断されていますか？ → いいえ	完治 治療中 検査中 経過観察中 はい 医師より「治療の必要がある」と診断されていますか？ → いいえ	完治 治療中 検査中 経過観察中 はい 医師より「治療の必要がある」と診断されていますか？ → いいえ
現在・過去の治療歴 必須	<ご注意> 現在、治療の必要性がないと診断されている場合でも、加入いただけない場合があります。なお、加入いただいた場合でも、上記記載の病気を原因として発効日から2年以内に開始した入院、受けた手術は、共済金をお支払いできません。		
治療を受けた期間	2007年 2月 日から 2024年 3月10日まで（ 日間）	2016年 3月17日から 2016年 4月27日まで（42 日間）	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）
治療などの内容 ※該当するもの全てに○を付けて内容を記入してください。	※治療が終了していない場合は、申込日以前の最終治療日を記入してください。 ※投薬の場合、処方された薬の日数の最終日までの期間となります。 （例）2月1日初診、4日分の薬を処方された場合→2月1日～2月5日となります。） ※合併症を発症された場合は、合併症の治療が最終的に終了した日までの期間を記入してください。 ※経過観察後、完治となった場合には投薬などの治療が最終的に終了した日を、治療終了日（完治日）として記入してください。（異常を完治とみなします。）		
	入院 上記治療期間中 日間または カ月間 手術 ■手術日 年 月 日 ■手術名（手術の内容） 検査 異常なし 異常あり・治療の必要なし 異常あり・治療の必要あり 通院 定期的に通院していますか？ はい いいえ 3 カ月または 日に一回通院 投薬内容 ■処方された日数 90 日分 ■服用されている薬剤名をご記入ください。 アムロジピン	入院 上記治療期間中 10 日間または カ月間 手術 ■手術日 2016年 4月 1 日 ■手術名（手術の内容） 胃の部分切除 検査 異常なし 異常あり・治療の必要なし 異常あり・治療の必要あり 通院 定期的に通院していますか？ はい いいえ 6 カ月または 日に一回通院 投薬内容 ■処方された日数 日分 ■服用されている薬剤名をご記入ください。	入院 上記治療期間中 日間または カ月間 手術 ■手術日 年 月 日 ■手術名（手術の内容） 検査 異常なし 異常あり・治療の必要なし 異常あり・治療の必要あり 通院 定期的に通院していますか？ はい いいえ カ月または 日に一回通院 投薬内容 ■処方された日数 日分 ■服用されている薬剤名をご記入ください。
高血圧症の場合、ご記入ください。	治療時の最新血圧数値 最大 135 最小 80 ■高血圧が原因の疾病がある。 はい いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。	治療時の最新血圧数値 最大 最小 ■高血圧が原因の疾病がある。 はい いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。	治療時の最新血圧数値 最大 最小 ■高血圧が原因の疾病がある。 はい いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。
脂質異常症の場合、ご記入ください。	■LDL（悪玉）コレステロール値：	■LDL（悪玉）コレステロール値：	■LDL（悪玉）コレステロール値：
糖尿病の場合、ご記入ください。	■HbA1c値： ■インスリン注射 あり なし ■糖尿病が原因の疾病がある。 はい いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。	■HbA1c値： ■インスリン注射 あり なし ■糖尿病が原因の疾病がある。 はい いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。	■HbA1c値： ■インスリン注射 あり なし ■糖尿病が原因の疾病がある。 はい いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。
詳細記入欄 具体的な傷病原因・症状・検査理由・医師からの指示など。	日常生活に支障なし。	医者からは寛解と言われているが、半年に1回定期検診中。	

---

① 共済加入申込書を記入された日を記入してください。「新規申込の方」または、「追加申込の方」を選択してください。

② 組合員になる方（契約者）本人が氏名・住所・電話番号を記入・押印してください。

③ 掛金のお支払方法を、「クレジットカード払い」「口座振替払い」の2つから選択してください。

④ 選択した掛金のお支払方法に対応する情報を記入してください。
■クレジットカード払いを選択された方
・カード情報を記入してください。
・口座情報は記入不要です。
■口座振替払いを選択された方
・別紙の口座振替依頼書（アプラス預金口座振替依頼書）に口座情報を記入してください。
・カード情報は記入不要です。

⑤ 共済に加入する方（被共済者）全員の氏名、続柄、性別、生年月日、加入コースを被共済者自身で記入してください。被共済者欄に書ききれない場合は、ユニヴァ共済までご連絡ください。

【会員番号に関して】
■会員番号は、契約者の7桁の番号を記入してください。
BC番号が未記入の場合は、「001」で登録いたします。
■ユニメイトの方は、「m」から始まる7桁の番号のみをご記入ください。その際、BC番号は記入不要です。

⑥ 月額共済掛金の合計額を記入してください。
掛金のお支払方法として、
※クレジットカード払いを選択している場合は、初回から1カ月分の共済掛金（初回のみ出資金を含む）を本組合にて決済処理させていただきます。
※口座振替払いを選択している場合、初回のみ2カ月分の共済掛金（出資金を含む）を引落すことになります。
翌月からは、通常通り1カ月分の引落しとなります。

① 共済加入申込書を記入された日を記入してください。

② ■「2」の現在の職業について
無店舗小売業以外に、就業している職種があればその内容を記入してください。
個人事業主として無店舗小売業のみを行っている場合、「無店舗小売業」と記入してください。
なお、三親等内の親族の方は、現在の職業を記入してください。（職業についていない方は、「主婦」「学生」「無職」「年金受給者」などと記入してください。）

■「3~7」について
もれなく、「はい」「いいえ」を○で囲んでください。
1つでも「はい」に該当した方は、右ページに詳細を記入してください。

③ ■傷病名について
・傷病名と部位を記入の上、合併症と後遺症の有無について○で囲んでください。

■申込日（告知日）時点の状況について
・該当するものを○で囲んでください。

■現在・過去の治療歴（必須）について
・治療などを受けた期間（※印の内容をよくお読みください）を記入してください。
・治療の内容を確認し、該当する箇所全てを記入してください。
・服用されている薬剤名を全て記入してください。

■詳細記入欄について
・具体的な傷病原因、症状、検査理由、医師からの指示、今後の予定などを記入してください。