

申込先

全国労働組合総連合共済会 御中

個人・引受基準緩和型医療共済 告知書

(注)告知書記入にあたって

- ① 加入するご本人様が、正確に記入してください。
- ② 記載された内容が事実と異なる場合、契約が無効・解除となる場合があります。

告知書記入日(加入申込日) 年 月 日

被共済者は、以下には該当しませんので、個人・引受基準緩和型医療共済に加入するため、申告いたします。

共済会コード	共済会名

組合員コード	被共済者氏名	組合員との続柄
組合員氏名 (自署)		本人・配偶者・子ども 親・その他()

1	現在、 入院※1または、病気※2やケガで休業または自宅安静中(休業または安静加療を要すると診断されている場合を含む)ですか。	いいえ	はい
2	最近3ヵ月以内に、 医師から入院または手術をすすめられたことはありますか。	いいえ	はい
3	過去2年以内に、 入院したことまたは手術を受けたことはありますか。	いいえ	はい
4	過去5年以内に、 がん(上皮内新生物含む)で医師の治療や投薬を受けたことがありますか。 ただし、経過観察のみは除きます。	いいえ	はい

1～4に1つでも「はい」がある場合は、個人・引受基準緩和型医療共済に加入できません。

※1入院とは、医師による治療が必要であり、かつ自宅での治療が困難であると医師が認めた期間において、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいいます。

※2ここでいう病気とは、「花粉症、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、にきび、虫歯、歯科矯正、水虫、軽度の盲腸、および7日以内で完治した軽度の病気」を除きます。

※3加入申込日から発効日までに、上記「告知事項」に該当する事由が発生した場合、当該の加入申込は無効の扱いとなります。

事務局使用欄

年 月