

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

脳卒中

急性
心筋梗塞

+

先進
医療

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※2025年3月1日時点で
生後15日以上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 2025年3月1日午前0時※より2026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
有限会社プラスサービス 営業時間 9:00~17:50 [月~金・祝、祭日も営業]

TEL 0985-38-8668

〒880-0867 宮崎県宮崎市瀬頭2-10-26

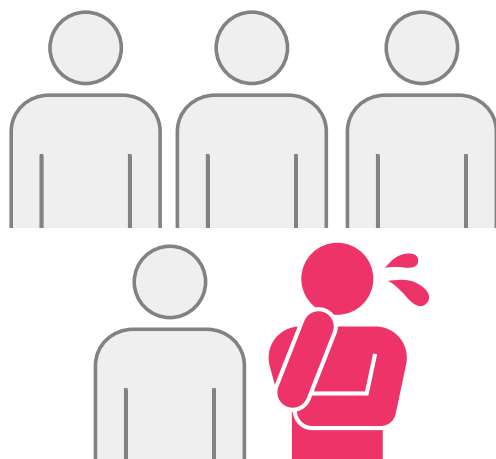
●団体保険契約者:
日本コープ共済生活協同組合連合会
●引受保険会社:
三井住友海上火災保険株式会社

そもそもどのくらいの人のがんを含む三大疾病に？



入院患者の 約5人に1人が 三大疾病

出典：厚生労働省 令和2年患者調査



「がん」「急性心筋梗塞」「脳卒中」を三大疾病といいます。
入院患者の約5人に1人が三大疾病を原因としています。
若年層から70代前半にかけて三大疾病にかかるリスク
は高まる傾向です。

(参考：厚生労働省 令和2年患者調査より算出)

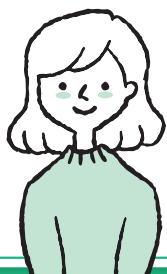
家族の安心のために、
家計の負担にならない
お手頃な保険で備えて
おきたいですね！



私たち

とっても助かりました！

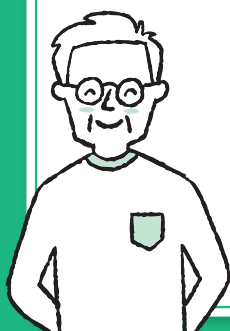
コープの三大疾病保険に加入された組合員の声



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。この保険はとてもあり
がたいです。

大切な組合員とご家族に一。



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時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：毎月末日
- ② 補償開始日：お申込み締切日の翌々月1日午前0時
- ③ 初回保険料の口座振替日：補償が開始した同月より、毎月26日(金融機関休業日の場合は翌営業日)

①	②	③	④
加入依頼書 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
毎月末日	①の翌々月1日	②の同月26日	3月1日

※解約される場合は毎月末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前月26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。

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。

q2

三大疾病診断保険金はどんな時に受け取れますか？

A2

医師によって三大疾病に罹患、発病したことが診断され、治療を開始し、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)。詳しくは重要事項説明をご確認ください。

支払事由	支払要件
①以下のいずれかに該当したこと。 ア、初めてがん(上皮内新生物を含む)に罹患したこと。 イ、原発がんが、治療したことにより、がん(上皮内新生物を含む)が認められない状態となり、その後初めてがん(上皮内新生物を含む)が再発または転移したこと。 ウ、原発がんとは関係なく、新たにがん(上皮内新生物を含む)に罹患したこと。ただし、病理組織学的所見(生検)により診断された場合に限りです。	
②急性心筋梗塞を発病したこと。	その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こと。
③脳卒中を発病したこと。	その脳卒中の治療を直接の目的として入院を開始したこと。

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、その時以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、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。
- (先進医療費用保険金を除きます)

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	三大疾病により手術を受けた場合	入院中 入院中以外 放射線治療 6万円 1.5万円 3万円				入院中 入院中以外 放射線治療 3万円 7,500円 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 費用 保険金	病気またはケガでの 先進医療による治療費等を 負担された場合 ※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	

●先進医療費用保険金をはすすることができます。

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

2025年3月1日時点での満年齢です。

先進医療費用保険金をはすする場合

記載の保険料から80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才きざみで保険料が変わります。

		A スタンダードプラン				B シンプルプラン	
被保険者 年齢		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
新規・継続で ご加入できるコース	0(注)~4才	230円	200円	160円	50才以上の方 生年月日が 昭和50年3月1日以前 のためのコース 先進医療費用保険金 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	160円	50才以上の方 生年月日が 昭和50年3月1日以前 のためのコース 先進医療費用保険金 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	220円	190円	150円		160円	
	10~14才	210円	180円	140円		160円	
	15~19才	210円	180円	140円		160円	
	20~24才	240円	200円	150円		180円	
	25~29才	500円	370円	240円	680円 1,030円 1,820円 2,460円 3,240円 3,750円 3,060円	340円	1,660円 2,030円 3,180円 6,020円 8,030円 10,270円 10,680円 5,930円
	30~34才	820円	590円	350円		550円	
	35~39才	1,210円	850円	500円		790円	
	40~44才	1,750円	1,210円	680円		1,140円	
	45~49才	2,580円	1,780円	990円		1,660円	
	50~54才	3,210円	2,240円	1,260円		2,030円	
	55~59才	5,070円	3,520円	1,970円		3,180円	
	60~64才	9,510円	6,540円	3,570円		6,020円	
	65~69才	12,780円	8,810円	4,830円		8,030円	
	70~74才	16,580円	11,480円	6,390円		10,270円	
	75~79才	18,040円	12,730円	7,430円		10,680円	
	80~84才	11,900円	8,980円	6,050円		5,930円	
	85~100才	9,400円	7,470円	5,540円	2,800円	3,940円	2,010円

(注)2025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。

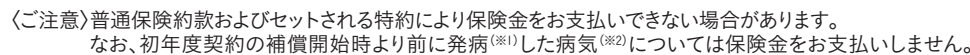
●以下の「健康に関する告知ご回答のご案内」をご覧ください。質問事項にご回答ください。

●「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。



(※)「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時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。

以下の注意点をお読みいただき、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します。

4. 健康に関する告知が必要な方

「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質問内容等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。

訂正、取消の場合は二重線で消し、訂正箇所^①に訂正署名(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。

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。

団体契約の保険始
期(2025年3月1日)
現在の満年令をご
記入ください。
※2025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。

加入者と被保険者が同じ場合でも、
ご記入ください。

使用期限: 令和7年12月31日お申込みまで **保険期間 令和7年3月1日から令和8年3月1日まで** ※印の項目は、ご契約に際し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ご確認のうえご回答(記入)ください。

STEP 1 加入者情報をご記入ください

新加入者 新加入する場合 **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(※)の「加入者情報」等を確認し、これらを書面もしくは電子データなど団体で定める方法で登録すること、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、以後、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。

必ずご記入ください

010 申込日 兼告知日 **令和 R 7 年 / 月 10 日** 017 組合員番号 (右括弧記入) **1 2 3 4 5 6 7**

組合員加入者
住所
012 下 (郵便番号) **101-8011** 東京都千代田区神田駿河台3-1-1
011 電話番号 (携帯もしくは印電) **090-0000-1234**
018 電話番号 (その他) **- -**

組合員氏名 (加入者兼告知者)
037 カタカナ **セイキョウ ハナコ** 性別 **男** 生 年 月 日 **大正 9 年 5 月 1 日** 年 令 **満 43 才**
組合員(加入者)本人がフルネームでご署名ください。★
0341 **生協 花子** 性 別 **男** 生 年 月 日 **大正 9 年 5 月 1 日** 年 令 **満 43 才**

STEP 2 保険の対象となる方の情報も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。

2025年(令和7年)3月1日現在の年令をご記入ください。

390 ① 保険の対象となる方(被保険者)
氏名 **J04 カナ セイキョウタロウ** 302 ※性別 **男** 303 ※年令 **満 47 才**
067 漢字 **生協 太郎** 323 ※生年月日 **昭和 28 年 8 月 1 日** 324 ※加入者からみた続柄 **本人** 325 ※加入者との関係 **配偶者**

※健康状況告知書 質問事項回答欄
LKA LKH **質問 1・★ いすれもいいえ** 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 ① ★
先導保険 **あり** 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 ① ★
301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360

④ 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。

000 AAA 020 994 354

RC02	03		88	LF	④
------	----	---	----	----	---

XNS □座還元ユニークキー

※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ご確認ください（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、「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。

組合員(加入者)	010 申込日 兼告知日		令和 R 年 月 日	017 組合員番号 (右詰で記入)															
	カタカナ 317												電話番号 (携帯もしくは自宅)		011		-	-	
	012 〒 (郵便番号)														[399] (漢字)				
	-												電話番号 (その他)				-		-
	307 カタカナ												性 別		生 年 月 日		年 令		
	組合員氏名 (加入者兼告知者) 組合員(加入者)本人がフルネームでご署名ください。★ [347]												982 男①女②		980 ①大正 ⑤昭和 ⑨平成 年 月 日		満 才		

※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、内容を了解しました。

390

① 保険の対象となる方(被保険者)

J04 カナ

氏名 [L67] 漢字

302 *性別 男(1) 女(2)

303 *年齢 満 才

323 *生年月日 (S)昭和 (H)平成 (R)令和 年 月 日

加入者からみた続柄

L18

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)

*健康状況告知書
質問事項回答欄

LKA LKH

質問 1・2★

いすれも

いいえ

4

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 ★

	スタンダードプラン				シンプルプラン	
先進医療 あり コース なし 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
	300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2	100万円 D1

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

社内欄
300
572①

円

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(1)

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

(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		コープミヤザキ			生協コード 019		9720008			
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	
記入 人 理 欄 店	R50 合計保険料	受付担当	受 付 日	中途加入始期日	受付連番	098 加入者番号	099 旧加入者番号	331 特記事項(カナ)		
	円		令和 年 月 日	令和 年 月 日						

生協の口座登録の有無にかかわらず、ご記入ください。 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、代理店までお問い合わせください。 DC240906 2024.9/AHJ62

金口座振替依頼書	
金融機関 御中	自動払込利用申込書(収 加)
組合員番号	
組合員氏名	
私（契約者）は、生活協同組合コープみやざきから請求される保険料等を右記預金口座から、預金口座振替によって支払うこととしたので、預金口座振替処理を確約のうえ依頼します。（ゆうちょ銀行からの自動払込を除く。）	
金 融 機 関 名	・宮崎銀行・ゆうちょ銀行・宮崎太陽銀行・九州労働金庫 ・宮崎県南部信用組合・熊本県信用組合 ・宮崎県内全ての信用金庫 ・宮崎県内全ての農協
委託者名	生活協同組合コープみやざき
	振替日・払込日 コープみやざきの指定する日

◎ゆうちょ銀行以外の金融機関またはゆうちょ銀行のどちらかに記入してください。
 ※口座名義人の漢字氏名の訂正はできません。「口座登録変更届」をご提出ください。

(不備返却先) 〒889-1605 宮崎市清武町加納南881-8
(株)CMS口座管理保究 TEL (0985)-64-8210

ゆうちょ銀行以外の金融機関		銀行		本店・支店	
		信金・信組		本所・支所	
1 指定口座		労働・農協		出張所	
		金融機関コード		口座種目	口座番号（右につめてご記入ください）
		-		1. 普通	

ゆうちょ銀行					
種目コード		契約種別コード		通帳記号	通帳番号（右につめてご記入ください）
1	6	6	3	0	1
払込先口座番号		02050-8-7735		払込先加入者名	生活協同組合コープみやざき

フリガナ	お届け印	
口座名義人		

預金口座振替規定	取 扱 店 日 附 印
1. 銀行、信用金庫、信用組合、信託等（以下銀行といふ。）に請求書を送付されたときは、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おうえき払ってくださいます。預金口座、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同表請求書の提出またはお金の引き出しはしません。また引落後の代金領収書は請求いたしません。 2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻することのできる金額（当座貸越者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、請求書を送知してもさしつかえありません。 3. 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来たり等相当の事由があるときは、たとへ申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したものととして取敢てさしつかえありません。 4. この預金口座振替についてからに紛糾が生じても、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。 ouchうち銀行を除く	ouchうち銀行をご指定の場合 は 自動引落とし規定が適用されます。 金融機関使用欄 本依頼書に不備のある場合は下記番号に ①印でつづきで返信ください。 1. 預金取引なし 2. 記載事項等相違 （店名・預金科目・口座番号・通帳記号 ・振替相手・口座名称） 3. 印刷相違 4. 印字不明 5. その他（ ）

キリトリ

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

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。

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
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

180円

1,210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

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

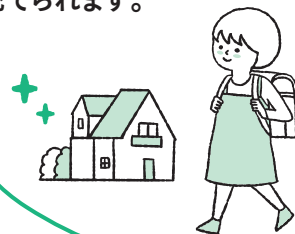
先進医療費用保険金

1保険期間 2,000万円まで

POINT!

一時金は使い道が自由!

まとまった一時金は治療だけでなく、生活費や教育費、ローン返済など、本当に困った費用に充てられます。



ご加入の条件

加入可能な年齢

新規加入は2025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。

健康・
医療

介護

暮らしの
相談

認知症・
行方不明時
の対応相談

情報提供・
紹介
サービス

健康・介護ステーション

インターネットにて健康・医療、介護に関する情報をご提供します。
URL https://www.ms-ins.com/kenko_kaigo/

サービス受付電話番号

*サービス受付の電話番号（通話料無料）は、
ご加入後にお届けする加入者証の裏面をご覧ください

*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

お申込み手続きについて

書面

でお申込み



or

WEB

でお申込み

新規加入のみ※

※被保険者追加は除く

中面の一番右側にございます、
「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。



※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。



スマホはこちら



補償内容・
重要事項の
ご説明等はこちら

加入される方は、右リンク先の「ご加入内容確認事項」および「重要事項のご説明」について、PDFファイルにより提供を受けることに同意いただき、**必ずお読みくださいますようお願いいたします。**リンク先のPDFファイルはご加入者さまご自身の端末に保存または印刷をお願いします。

書面の送付をご希望の場合は、お問い合わせ先までご連絡ください。

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



お問い合わせは
こちら

〈お問い合わせ先〉代理店・扱者

有限会社プラスサービス 営業時間 9:00～17:50 [月～金・祝、祭日も営業]

0985-38-8668

〒880-0867

宮崎県宮崎市瀬頭2-10-26

承認番号：A24-101132 承認年月：2024年10月

✂ キリトリ

料金受取人払郵便



差出有効期間
2026年10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

受取人

宮崎市瀬頭2丁目10番26号
生活協同組合コープみやざき内

有限会社 プラスサービス 行

✂ キリトリ

加入申込票の郵送方法

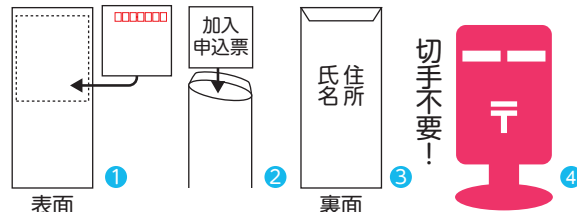
通常郵便より1～2日遅い到着となります。

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、のり付けしてください。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その封筒の中に入社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。

2024.12.13