

ワーカーズ・コレクティブ所得保障共済 《告 知 書》

健康状態についての質問 と 配偶者の方についての質問

◎記入日 20 年 月 日

注意

・全て自筆記入

・「所属団体名」のみ、ゴム印も可

◎所属団体名

団体名は正確にご記入ください。所属ブランチ(支店)があればその名称もご記入ください。

(フリガナ:)

◎加入者氏名: (自署) 生年月日:

1 健康状態について

◎過去2年間に、初診から治療終了まで14日以上かかった病気やケガがありますか？

(医師による診察・治療・投薬があるもの)

はい • いいえ

* 「はい」の方は、下記質問にご記入ください(複数の症状がある方は、直近の傷病名をご記入ください)

・傷病名

・その傷病で7日以上の入院がありましたか？ はい • いいえ

・その傷病で手術がありましたか？ ある(手術名)) • なし

・その傷病での治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日

・現 状 完治 • 治療中 • 経過観察中 • 症状固定(持病)

2 現在、妊娠中ですか？ (男性の方は、配偶者が妊娠中かどうかご記入ください)

はい • いいえ

●出産休業保障は、本契約に継続して10ヶ月以上加入している場合に申請できます。

配偶者が出産したことで加入者がワークを休業した場合も出産休業保障が申請できます。

●加入者本人の妊娠分娩に関する異常(帝王切開を含む)による休業は、「病気休業保障」で対応します。

3 配偶者の方について

◎配偶者の有無 有 • 無

◎「有」の方へ 配偶者の方は要介護認定を受けていますか？ はい • いいえ

●加入時に、既に要介護認定を受けた配偶者がいらっしゃる場合「介護休業保障」申請はできません。

<注意> この告知書の記入内容による加入制限はありません。

過去2年間に医師による治療等があっても、病気休業申請ができます。

ワーカーズ・コレクティブ所得保障共済 《加入意向確認書》

＜注意＞以下の事項を確認し、□に✓（チェック）をしてください。

チェックがない場合、再記入をお願いすることになります。

◎記入日 20 年 月 日

◎所属団体名 _____

＜加入者氏名＞

(自署)

1. 告知書の自署

告知書の署名は、加入者本人が記入しましたか？ ····· ·□

2. 重要事項の確認

重要事項説明書をお読みになりましたか？ ····· ·□

3. 保障内容

このワーカーズ・コレクティブ所得保障共済の保障内容は、就業中の事故による傷害のための「入院・通院・手術・休業の保障」と「死亡・後遺障害保障」、就業外の「傷害・病気・出産・介護のための休業保障」であることをご確認いただきましたか？

··· ·□

4. 保険期間と保険料

この保険は、保険期間1年間で、特にお申し出が無ければ毎年自動更新され、保険料は月1,000円(年12,000円)であることをご確認いただきましたか？

··· ·□

5. 保障開始時期

この保険の保障開始時期は、お申込み月の翌月1日からだということをご確認いただきましたか？ ····· ·□

6. 保険金の支払い限度額

この保険の保険期間1年の間に、加入者1人に支払われる保険金の支払い限度額が80万円である(就業中傷害死亡保障・後遺障害保障を除く)ことをご確認いただきましたか？

··· ·□

この「告知書」「意向確認書」についてのご質問は下記までお願いいたします

ワーカーズ・コレクティブ共済株式会社 (10:00~17:00 土日祝を除く)

担当：浅川・川尻・宮地・菅野 TEL: 045-662-4346 / FAX: 045-681-3677