

2023年1月吉日

組合員各位

JAM井関農機労働組合

## 「休業補償共済（GLTD）」

### 契約更改のご案内（上乘せ加入分）

このたび、ご加入いただいている「休業補償共済（上乘せ加入分）」が2023年6月1日に契約更改を迎えます。

JAM井関農機労働組合では、組合員の福利厚生制度の充実を図ることを目的に、病気やケガにより働けなくなり長期休業を余儀なくされた場合の補償として本制度を導入し、2022年10月1日現在では400名を超える組合員の方々にご加入いただいております。

つきましては、同封の「加入依頼書（団体長期障害所得補償保険契約付属明細書兼加入依頼書）」により、継続のご契約内容をご案内申し上げますので、ご確認の上、引き続きご加入くださいますようお願い申し上げます。

#### 【同封書類】

- ①本ご案内状（契約更改のご案内）
- ②パンフレット
- ③団体長期障害所得補償保険契約付属明細書兼加入依頼書（ご加入内容を印字しています）
- ④加入依頼書記入例

#### 【手続き】

加入依頼書は、「契約内容を変更される方」のみ提出となります。

##### ○契約内容を変更される方（捺印必要）

加入依頼書に変更内容をご記入いただき、ご捺印の上、ご提出ください。

##### ○契約内容に変更の無い方（自動更新）

加入依頼書のご提出は不要です。

- ◇ 提出締切日：2023年2月13日
- ◇ 保険期間：2023年6月1日～2024年6月1日
- ◇ 保険料控除日：2023年5月給与より控除開始
- ◇ 提出・問合せ先：各支部組合役員または組合事務所

# 記入例 変更用

ポイント

- ご加入中の契約内容が印字されています。印字内容をご確認ください。
- 契約内容に変更がある場合、変更箇所に取り消線・訂正印を捺印し、余白に変更後の内容をご記入ください。
- (手書きで記入した内容を修正する場合も同様に、取り消線・訂正印を捺印し余白に修正後の内容をご記入ください)
- 保険金額を増額する場合、「他の保険契約の有無」と「健康状態告知」への回答記入および捺印が必要となります。

※5枚複写のため強くご記入ください。

御中

井関農機労働組合

団体コード 松山 0455600  
龍本 0455601

加入日 令和 5年 6月 1日



団体長期障害所得補償保険契約付属明細書兼加入依頼書

私は、下記のとおり団体長期障害所得補償保険の加入を依頼いたします。  
私は、(重要事項等説明書)に記載されている内容に同意し、所属する企業または団体が共栄火災海上保険株式会社と締結する保険契約への加入を依頼します。

住所 〒51-0053 和歌山県白川郡白川町大字 1-27-5 333号 本101号  
東京都渋谷区代々木1-27-5 代々木コアビル101号

被保険者 氏名 シム  
生年月日 1993年11月20日  
性別 男  
年齢 31歳  
職業 会社員  
勤務先 株式会社 〇〇〇〇

加入料 月額 〇〇〇円  
保険料 (一回分) 〇〇〇円

昭和59年6月2日 38歳 1234567  
ザムジ

契約内容に変更がある場合  
ご捺印ください (1枚目のみ)。

保険金額を増額する場合、  
GLTD・GLTD・所得補償保険など  
所得を補償する契約の有無を  
ご回答ください(生命保険は対象  
となりませんので無し該当)。

保険金額を増額する場合  
取り消線で印字を消し、その上に  
訂正印を捺印ください。  
余白に変更後の保険金額・  
保険料をご記入ください。

- 次の場合、健康状態告知書に記入・捺印ください。  
① 保険金額を増額する場合  
② 「補償対象外疾病等」欄に印字されている告知内容を  
取消 (補償の対象に変更) する場合

- 質問1、2の「はい」「いいえ」のいずれかに○印をご記入ください。

① 質問1、2の「はい」「いいえ」のいずれかに○印をご記入ください。  
この欄について「はい」「いいえ」のいずれかに○印をつけてください。  
なお、下記の「加入できる病気・症状」については、  
質問1、2において「はい」の場合は、該当しないもの  
をご記入します。

② 「健康状態告知書」  
「健康状態告知書」は「各別添付」です。この項目の  
記入内容に誤りがある場合は、保険  
契約の取消しや返金に繋がることが  
ありますのでご注意ください。  
※1欄に該当する病気・症状の場合は、この欄にお引付けできませんのでご了承ください。

③ 「補償対象外疾病等」欄に印字されている告知内容を  
取消 (補償の対象に変更) する場合、併しその病気・症  
状名をご記入ください。

★補償対象外疾病等欄に印字  
がある方で、既に完治から2年以上  
経過している場合、再度健康状態  
について告知をいたしません。す  
べて「いいえ」に該当すれば、すべての  
病気・症状を補償対象としてご加入  
することができます。  
現在の「補償対象外疾病等」を  
取消する場合、印字されている  
群・疾病等を取り消線で消し、  
その上に訂正印を捺印ください。

質問事項	はい	いいえ
1 現在、病気やケガで仕事を休んでいませんか。	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2 告知日から過去2年以内に、肺炎で初診日から終日家で2週間以上の期間にわたり、医師の治療・投薬を受けたことがあり、または肺炎・ケガで手術を受けたことがありますか。	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

加入できる病気・症状	条件
がん、インフルエンザ、急性胃炎、急性性肺炎、急性腎臓炎、花柳病、梅毒、淋病、結核、高血圧、糖尿病、脳出血、脳梗塞、心臓病、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、アトピー性気管炎、水虫、軟爪症、白癬	完治している場合 医師から投薬が必要ない診断書が出ている場合 条件なし (治療中でも加入可)

病名	補償対象外	補償対象
がん	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺炎	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
心臓病	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
アトピー性気管炎	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
水虫	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
軟爪症	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
白癬	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

④ 記載内容を再度ご確認ください。下記事項に同意され  
た場合は、告知日の記入、被保険者のご署名をお願いします。  
告知日 令和 5年 1月 23日  
被保険者 芳浜 太郎

- 質問1、2で「はい」に該当する場合、  
該当する群と病気・症状等に○印をご記入ください。  
＜注意＞  
1欄に該当する病気・症状の方は増額等のお引き受けできません。

共栄火災海上保険株式会社

年 月 日 作 様

CG240011 (R.04)