



共助会総合保険契約申込書兼 退職互助積立申込書

一般財団法人福島県農協役職員共助会 御中
 貴会の該当する普通約款ならびに重要事項説明書(契約概要と注意喚起情報をいいます。以下同じ。)の内容を承知のうえ、共助会総合保険契約を申込みます。この申込書に記入の各事項は事実と相違ないことを誓約します。また、申込みの被契約者会員(被保険者会員)は、この申込の引受および給付金支払の場合に必要な貴会の照会に対し診療医または医療保険機関が事実を報告し、もしくは貴会が申込内容について事実確認しても異議ありません。
 共助会総合保険および退職互助医療保険について、詳細を重要事項説明書で確認し、内容を了解しました。
 なお、申込書および重要事項説明書に記載の貴会の「個人情報の取扱い」を確認し、貴会が必要な範囲において、共助会総合保険契約および退職互助積立の申込みに関する個人情報の取得・利用および提供を行うことに同意します。

受付日

令和 年 月 日申込

【個人情報の取扱い】ご契約・申込み内容、申込書記載事項やその他の知り得た個人情報については、当会が共助会総合保険契約および退職互助積立の申込み引受判断、給付金等の支払、共助会総合保険契約および退職互助積立の継続・維持管理、各種サービスの提供・充実を行うために利用します。また、本契約に関する個人情報は、当会の他の商品・サービスの案内・提供・開発・研究を行うために業務に必要な範囲で利用することがあります。なお、「個人情報の取扱い」の詳細は重要事項説明書をご確認ください。

上記の諸事項および裏面をご確認の上、色部分について記入・押印していただき、右側の「添付書類のり付け箇所」に添付書類をのり付けしてください。

共助会総合保険契約申込内容															
会員コード		契約者会員氏名(姓と名の間は一文字あけてください。)										申込兼重要事項説明受 (個人情報取扱同意)印			
団体コード	会員番号*1	フリガナ													
		漢字											印		
性別		生年月日			年齢			健康保険資格取得年月日							
1 男	2 女	S(昭和) H(平成)	年	月	日	歳	S(昭和) H(平成) R(令和)	年	月	日					
郵便番号		現住所(住民票に登録されている住所を記入してください。)													
		都道府県		市区町村											
電話番号(ハイフンを含めて市外局番から記入してください。)				公費による医療費助成(例:障がい認定、指定難病、ひとり親助成制度など)											
		1 なし		2 あり(制度名)											
		※様式11号「公費助成該当申出書」を一緒に提出してください。													
当会からのお知らせメール配信申込(保険商品またはその他サービスについての案内等を配信します。)															
1 申込み		メールアドレスをご記入ください。								2 申込みない					
		@													
月払保険料算出(会員負担分)															
標準報酬月額				× 6			=			共助会月払保険料(裏面参照)					
円				1,000						円					

② 給付金振込先口座

※個人口座自振を実施している団体の契約者会員のみ記入してください。(契約者会員と同名義の口座に限ります。)

給付金振込先金融機関名(JA名)※県内JAのみ		振込先金融機関店舗名	
JA		本店・本所 支店・支所	
金融機関コード	店舗コード	口座番号(右詰めで記入してください。)	

③ 積立者情報

退職互助積立申込内容

該当する現在の年齢を○で囲んでください。

29歳以下 <small>(30歳の翌月から積立が開始されます。)</small>	30歳~44歳 <small>(当月より積立が開始されます。)</small>	45歳以上 <small>※積立を希望するが 必をしてください。</small>	積立を希望します。 <small>(当月より積立が開始されます。)</small>	積立を希望しません。
--	--	---	--	------------

月払積立金算出(30~44歳の方と45歳以上の積立希望者のみ記入してください。)

標準報酬月額		× 5.5		=		退職互助月払積立金(裏面参照)	
円		1,000		(会員負担分)		円	

◆年齢が45歳以上の方の場合、退職時に15年(180月)以上の積立金がないと退職互助医療保険の契約ができないため、希望者のみお申込ください。
 注意事項: ※1 会員コードは、団体コードのみ記入してください。会員番号は、保険契約証でお知らせします。
 ※2 被扶養者の登録は、様式1号-②「共助会総合保険被扶養者新規・追加登録届」を提出してください。

〈通帳の写しのり付け箇所〉
 ※個人口座自振を実施している団体の契約者会員は必ず添付してください。
 (JA名・支店名・口座名義等が分かる部分の写しを添付してください。)

〈「健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書」等の写しのり付け箇所〉

- [次の①~③のうちいずれかを添付してください。]
- ①健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書の写し
 - ②健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書の写し(本人情報のみ添付)
 - ③健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬改定通知書の写し(本人情報のみ添付)
- ※ 欄外にはみ出してしまう場合は折り返して添付してください。

〈健康保険証の写しのり付け箇所〉

※ 令和6年12月1日以前に資格取得された方は、令和7年11月5日までは「健康保険証の写し」を添付することができます。

共助会記入欄

共助会総合保険契約日	退職互助積立開始日
年 月 1 日	年 月 1 日

団体名(事業所名)

印

事務局長	検証	起案

記入例

① 共助会総合保険契約者会員情報(被保険者会員情報)

共助会総合保険契約申込内容										
契約者会員氏名(姓と名の間は一文字あけてください。)										
会員コード	キョウジョカイ タロウ									
団体コード	会員番号	フリガナ	漢字							申込兼重要事項説明受取印(個人情報取扱同意)
119100			共助会 太郎							(共助会)
性別	生年月日		年齢	健康保険資格取得年月日						
① 男 2 女	S(昭和) H(平成) 5年10月1日		31 歳	S(昭和) H(平成) R(令和) 6年4月1日						
郵便番号		現住所(住民票に登録されている住所を記入してください。)								
960-0231		福島 福島 飯坂町平野								
字三枚長1-1										
電話番号(ハイフンを含めて市外局番から記入してください。)				公費による医療費助成(例:障がい認定、指定難病、ひとり親助成制度など)						
024-554-3512				① なし ② あり(制度名 障がい認定2級) ※様式11号「公費助成該当申出書」を一緒に提出してください。						
当会からのお知らせメール配信申込(保険商品またはそのサービスについての案内等を配信します。)										
① 申込み (メールアドレスをご記入ください。)										
(kyojokai @ alto.ocn.ne.jp)		② 申込みない								
標準報酬月額				月払保険料算出(会員負担分)			共助会月払保険料(裏面参照)			
240000 円				× $\frac{6}{1,000}$ =			1440 円			

[注意事項]

- ① 会員コードは、団体コードのみ記入してください。会員番号は、保険契約証でお知らせします。
- ② 電話番号は、携帯電話の番号でも構いません。
- ③ 当会からのお知らせメールは、保険商品またはそのサービスについての案内などになります。ご本人に配信可能なメールアドレスであれば、PCや携帯以外のメールアドレスでも構いません。給付金を請求するにあたり重要な案内もございますので、ぜひお申込みいただけますようお願いいたします。
- ④ 「共助会月払保険料」については、右ページの一覧表を参照してください。

② 給付金振込先口座

※個人口座振振を実施している団体の契約者会員のみ記入してください。(契約者会員と同名義の口座に限ります。)													
給付金振込先金融機関名(JA名)※県内JAのみ					振込先金融機関店舗名								
JA Fukushima					JAビル								
金融機関コード					店舗コード		口座番号(右詰めで記入してください。)						
1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6

[注意事項]

- ① 県内JA以外の口座は指定できません。また、契約者会員と同名義の口座に限ります。
- ② 通帳の写しを必ず添付してください。

③ 退職互助積立者情報

退職互助積立申込内容			
該当する現在の年齢を○で囲んでください。		月払積立金算出(30~44歳の方と45歳以上の積立希望者のみ記入してください。)	
29歳以下 (30歳の翌月から積立が開始されます。)	<input type="checkbox"/>	標準報酬月額	退職互助月払積立金(裏面参照)
30歳~44歳 (当月より積立が開始されます。)	<input checked="" type="checkbox"/>	円 × $\frac{5.5}{1,000}$ =	円
45歳以上 (※積立を希望するかを記入してください。)	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	240000 円	1320 円

[注意事項]

- ① 45歳未満の方は退職互助積立を同時にご契約いただくことになります。
- ② 「標準報酬月額」と「退職互助月払積立金」は、30歳~44歳の方と45歳以上の積立希望者のみ記入してください。(右ページの一覧表を参照してください。)
- ③ 29歳以下の方は、将来30歳になった翌月時点での標準報酬月額に基づき月払積立金が算出されます。

給付金の内容

共助会総合保険(現職中の給付)

給付金の種類	対象者	支払事由	給付金額
医療給付金	契約者会員、契約者会員の被扶養者(1親等以内)	保険診療に該当する医療費の支払いが発生したとき インフルエンザ予防接種代の支払いが発生したとき	病院分: 保険適用分から一部負担額(1,000円)を差し引いた額 薬局分: 保険適用分全額給付 インフルエンザ予防接種代: 上限2,000円まで
療養給付金	契約者会員	契約者会員が病気または負傷し、連続して30日以上就業できないとき	10,000円(1事業年度に1回限り)
結婚給付金	契約者会員	契約者会員が結婚したとき(退職後1ヶ月以内の結婚まで支払可能)	20,000円
出産給付金	契約者会員	子が生まれたとき	20,000円(子1人につき)
死亡給付金	契約者会員、契約者会員の配偶者(但し被扶養となっている配偶者に限る)	死亡したとき	契約者会員の死亡(保険契約締結10年以上): 50,000円 契約者会員の死亡(保険契約締結10年未満): 30,000円 配偶者の死亡(被扶養者に限る): 20,000円

共助会総合保険月払保険料・退職互助月払積立金一覧表

等級	標準報酬月額	共助会総合保険月払保険料(6/1000)	退職互助月払積立金(5.5/1000)	等級	標準報酬月額	共助会総合保険月払保険料(6/1000)	退職互助月払積立金(5.5/1000)
1	58,000	348	319	26	380,000	2,280	2,090
2	68,000	408	374	27	410,000	2,460	2,255
3	78,000	468	429	28	440,000	2,640	2,420
4	88,000	528	484	29	470,000	2,820	2,585
5	98,000	588	539	30	500,000	3,000	2,750
6	104,000	624	572	31	530,000	3,180	2,915
7	110,000	660	605	32	560,000	3,360	3,080
8	118,000	708	649	33	590,000	3,540	3,245
9	126,000	756	693	34	620,000	3,720	3,410
10	134,000	804	737	35	650,000	3,900	3,575
11	142,000	852	781	36	680,000	4,080	3,740
12	150,000	900	825	37	710,000	4,260	3,905
13	160,000	960	880	38	750,000	4,500	4,125
14	170,000	1,020	935	39	790,000	4,740	4,345
15	180,000	1,080	990	40	830,000	4,980	4,565
16	190,000	1,140	1,045	41	880,000	5,280	4,840
17	200,000	1,200	1,100	42	930,000	5,580	5,115
18	220,000	1,320	1,210	43	980,000	5,880	5,390
19	240,000	1,440	1,320	44	1,030,000	6,180	5,665
20	260,000	1,560	1,430	45	1,090,000	6,540	5,995
21	280,000	1,680	1,540	46	1,150,000	6,900	6,325
22	300,000	1,800	1,650	47	1,210,000	7,260	6,655
23	320,000	1,920	1,760	48	1,270,000	7,620	6,985
24	340,000	2,040	1,870	49	1,330,000	7,980	7,315
25	360,000	2,160	1,980	50	1,390,000	8,340	7,645

※上記一覧表は、会員負担分(折半額)のみ記載しています。