

新規

2021年度 契約申込書(未加入者用)

提出用 (1枚目)

契約期間 2021年7月1日~2022年6月30日

全国交運共済生協 御中

貴生協が取り扱う各共済の事業規約・細則および重要事項説明書の内容を確認し、本契約に関する個人情報の取扱いおよび、特定個人情報[「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に規定された目的のために利用されることを被共済者とともに同意の上、契約を申し込みます。

組合員番号	機関番号
契約者氏名	
所属機関名	

※ 下記の住所等に変更がある場合は、抹線の上、訂正してご返送ください。

申込日 2021年 月 日

組合員氏名 フリガナ 必ず押印願います。

印

入院共済加入の場合は、記載内容をご確認の上、2枚目にも押印してください。
お問合せ先

NTT
JR

払込方法

様
ご家族様

電話番号変更欄 ()-()-()

火災共済 地震風水害共済

申込欄	建物口数	家財口数	合計口数	共済セット加入 ※3 ※4			掛金額合計
火災 新規加入	口	口	口	類焼損害保障 ※5 付帯する	借家人賠償保障 ※6 付帯する	個人賠償保障 ※7 付帯する	掛金額 円
地震風水害 新規加入	口	口	口	契約タイプ ① 標準タイプ ※標準タイプは、火災共済の建物・家財それぞれの同口数または1/2以上同口数までのご加入となります。 ② 大型タイプ ※大型タイプは、火災共済の建物・家財それぞれの同口数が加入条件です。また、偶数口数での加入をお願いします。			円
契約物	坪数	世帯員数	建築区分	居住区分		所在地区分	重複保険 ※1
	坪	人	① 木造 ② 鉄筋	① 自家 ② 借家(間)(親・子供の借家を含む) ③ 社宅 ④ 独身寮 ⑤ 貸家(間) ⑥ 親・子供、または同一生計の親族が居住している持家		① 現住所と同じ ② 現住所と異なる	
所在地 〒 電話番号 ()-()-()							

交通災害共済

交通災害	続柄	口数	氏名	性別	生年月日	同居・別居	掛金額
新規加入		口		① 男 ② 女	年 月 日	① 同居 ② 別居	円
		口		① 男 ② 女	年 月 日	① 同居 ② 別居	

生命共済 入院共済 お申し込みの際には、生命共済の「ご契約の条件」入院共済の「加入資格」をご確認の上、お申し込みください。

生命 新規加入	氏名		性別	生年月日	健康告知 該当の数字に○印してください。	口数	掛金額
	フリガナ		① 男 ② 女	年 月 日	① 無条件 ② 条件付契約 条件付契約の場合 記入(パンフレット参照) ↓	口	円
入院 新規加入	※生命共済と入院共済の加入年齢算出方法は異なっておりますので、詳細は同封の「パンフレット」をご参照ください。				入院日額 (3,000円)型 (5,000円)型 (10,000円)型 入院共済にご加入を希望される方は、2枚目に押印の上、お申し込みください。		掛金額 円
生命 新規加入	氏名		性別	生年月日	健康告知 該当の数字に○印してください。	口数	掛金額
フリガナ		① 男 ② 女	年 月 日	① 無条件 ② 条件付契約 条件付契約の場合 記入(パンフレット参照) ↓	口	円	
入院 新規加入	※生命共済と入院共済の加入年齢算出方法は異なっておりますので、詳細は同封の「パンフレット」をご参照ください。				入院日額 (3,000円)型 (5,000円)型 (10,000円)型 入院共済にご加入を希望される方は、2枚目に押印の上、お申し込みください。		掛金額 円

※新規加入される共済について、「申込欄」の「新規加入」に○印をし、必要項目を全て記入し、お申し込みください。

※1：当項目は「火災共済・地震風水害共済」並びに、「共済セット加入」における「告知事項」となります。正しくご記入ください。なお重複保険に記入がない場合は「無し」と回答いただいたものとみなします。
 ※2：当項目は「火災共済・地震風水害共済」並びに、「共済セット加入」のうち類焼損害費用保険・借家人賠償責任保険における「告知事項」および「通知事項」となります。正しくご記入ください。
 ※3：「共済セット加入」とは、共栄火災海上保険株式会社を引受保険会社とする損害保険の総称です。詳細は、「共済セット加入の重要事項説明書」をご確認ください。

※4：「共済セット加入」は、全国交通運輸業労働者共済生活協同組合が共栄火災海上保険株式会社と締結する団体保険契約です。「共済セット加入」に申し込み場合は、「共済セット加入の重要事項説明書」・「ご加入内容の確認事項」に記載されている内容を理解・確認の上、お申し込みください。
 ※5：正式名称は類焼損害費用保険です。
 ※6：正式名称は借家人賠償責任保険です。
 ※7：正式名称は個人賠償責任保険です。個人賠償保障の加入対象者は、組合員のみです。加入物件に付帯するものではありません。補償を受けられる方の範囲は、重要事項説明書でご確認ください。

入院共済加入申込書兼告知書

短期入院特約付家族特約付医療保障保険 (団体型)

提出用 (2枚目)

全国交通運輸産業労働者共済生活協同組合 **SI**

全国交通運輸産業労働者共済生活協同組合 御中

証券番号	5	76003009000001	18
勤務所番号	23		34
組合員番号	35		44
契約者氏名	フリガナ		
所属機関名	フリガナ		

※ 下記告知内容をご確認のうえ、お申し込みください。

告知内容	
本人	【現在の就業状態】 申込日(告知日)現在、病気やけがで休職・休業中でなく、かつ、病気により就業を制限されていません。 【注釈】 「就業を制限」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。
配偶者	【現在の健康状態】 申込日(告知日)現在、医師による治療期間中または、薬の処方期間中ではありません。 【注釈】 ①「治療」には、指示・指導を含みます。 ②「医師による治療期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。
本人・配偶者共通	【過去3ヵ月以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去3ヵ月以内に、医師による診察または健康診断・人間ドックを受け、その結果、検査(再検査・精密検査を含みます)・入院・手術をすすめられていません。 【注釈】 検査をすすめられ検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。
	【過去2年以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去2年以内に、医師による診察・検査・治療を受けた期間または薬の処方期間が、14日以上あった病気にかかったことはありません。 【注釈】 ① 同一の病気で転院・転科している場合は通算します。 ② 「医師による診察・検査・治療を受けた期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。 ③ 診察・検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。 ④ 「治療」には、指示・指導を含みます。
告知の対象とならない事項	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤の服用 ◆ 歯科医師による虫歯の治療 ◆ 手術により完治した急性虫垂炎 ◆ 完治後のかぜ ◆ 色覚異常 ◆ 現在治療をうけていない花粉症・水虫 ◆ 妊娠中および分娩後で定期健診のみ受診 	

申し込み時における告知・確認事項

新規加入する場合、必ず記入・押印ください。

申込日(告知日) 2021年 月 日

私(本人・配偶者)は、申込日(告知日)現在、記載の告知内容および以下の事項について確認・承知のうえ、この契約の加入を申し込みます。

- パンフレット等説明資料に記載された契約内容を承知し、意向に沿った申込内容であることを確認しました。
- 申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、記載の告知内容と相違がないことを確認しました。
- 「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。
- 個人情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。
- 申し込み手続きのご案内に記載されている「生命保険の新規ご加入、保険金・給付金の増額前にご確認いただきたい事項【申し込み・告知・支払いに際してのご留意事項】」について確認し、承知しました。

加入のお申し込み手続きにあたり、加入する申込者の告知内容が、申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

死亡保険金受取人の指定を含め申込内容についての効力は、記載の「効力発効日(加入日)」から生じます。(必ず記載の「死亡保険金受取人について」をご確認ください)

死亡保険金受取人について

【団体規定】
 保険金受取人順位は、次の各号に掲げるものとする。
 ただし、5～7の場合は、現に加入者本人の扶養を受けている者とする。
 1: 本人、2: 配偶者、3: 子、4: 父母、5: 孫、6: 祖父母、7: 兄弟姉妹、受取人が2人以上あるときは、代表者1人を定めなければならない。この場合、その代表者は、他の保険金受取人を代表するものとする。また代表者が定まらないときは、または代表者の所在が不明であるときは、この組合が保険金受取人の1人に対してなした行為は、他の保険金受取人に対しても効力を生ずるものとする。

医療保障保険(団体型)について

本人の給付金および配偶者の死亡保険金と給付金の受取人は本人となります。

申込締切日	2021年 5月 12日	お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。(修正箇所にはすべて訂正印が必要です。)	医療保障保険契約内容登録制度に基づく個人情報の取扱いについて、詳細を通知・配布された説明資料等で確認し、同意します。
効力発効日(加入日)	2021年 7月 1日		

カード区分	区分	氏名(カタカナでご記入ください)	性別	生年月日(該当箇所を○で囲んでください)	商品区分	入院共済	「確認印」兼「申込印」兼「告知印」
1	100	フリガナ	①男 ⑤女	③昭 ⑤平 年 月 日	C	いずれかに○印をしてください 入院日額 3,000円 5,000円 10,000円	印
新規加入							
2	200	フリガナ	①男 ⑤女	③昭 ⑤平 年 月 日	C	いずれかに○印をしてください 入院日額 3,000円 5,000円 10,000円	印
新規加入							

新規

2021年度 契約申込書(未加入者用)

契約者控 (3枚目)

契約期間 2021年7月1日~2022年6月30日

全国交運共済生協 御中

貴生協が取り扱う各共済の事業規約・細則および重要事項説明書の内容を確認し、本契約に関する個人情報の取扱いおよび、特定個人情報[「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に規定された目的のために利用されることを被共済者とともに同意の上、契約を申し込みます。

組合員番号	機関番号
契約者氏名	
所属機関名	

※ 下記の住所等に変更がある場合は、抹線の上、訂正してご返送ください。

申込日 2021年 月 日

組合員氏名	フリガナ	必ず押印願います。
		印

入院共済加入の場合は、記載内容をご確認の上、2枚目にも押印してください。
お問合せ先

NTT
JR

払込方法

電話番号変更欄 ()-()-()

火災共済 地震風水害共済

申込欄	建物口数	家財口数	合計口数	共済セット加入 ※3 ※4			掛金額合計	掛金額
火災 新規加入	口	口	口	類焼損害保障 ※5 付帯する	借家人賠償保障 ※6 付帯する	個人賠償保障 ※7 付帯する	掛金額	円
地震風水害 新規加入	口	口	口	契約タイプ ① 標準タイプ ※標準タイプは、火災共済の建物・家財それぞれの同口数または1/2以上同口数までのご加入となります。 ② 大型タイプ ※大型タイプは、火災共済の建物・家財それぞれの同口数が加入条件です。また、偶数口数での加入をお願いします。			掛金額	円
契約物	坪数	世帯員数	建築区分	居住区分		所在地区分	重複保険 ※1	
	坪	人	① 木造 ② 鉄筋	① 自家 ② 借家(間)(親・子供の借家を含む) ③ 社宅 ④ 独身寮 ⑤ 貸家(間) ⑥ 親・子供、または同一生計の親族が居住している持家		① 現住所と同じ ② 現住所と異なる		
所在地 〒 ※2 電話番号 ()-()-()								

交通災害共済

交通災害	続柄	口数	氏名	性別	生年月日	同居・別居	掛金額
新規加入		口		① 男 ② 女	年 月 日	① 同居 ② 別居	円
		口		① 男 ② 女	年 月 日	① 同居 ② 別居	

生命共済 入院共済 お申し込みの際には、生命共済の「ご契約の条件」入院共済の「加入資格」をご確認の上、お申し込みください。

生命 新規加入	氏名		性別	生年月日	健康告知 該当の数字に○印してください。	口数	掛金額
	フリガナ		① 男 ② 女	年 月 日	① 無条件 ② 条件付契約 条件付契約の場合 記入(パンフレット参照) ↓	口	円
入院 新規加入	※生命共済と入院共済の加入年齢算出方法は異なっておりますので、詳細は同封の「パンフレット」をご参照ください。				入院日額 (3,000円)型 (5,000円)型 (10,000円)型 入院共済にご加入を希望される方は、2枚目に押印の上、お申し込みください。		掛金額 円
生命 新規加入	氏名		性別	生年月日	健康告知 該当の数字に○印してください。	口数	掛金額
フリガナ		① 男 ② 女	年 月 日	① 無条件 ② 条件付契約 条件付契約の場合 記入(パンフレット参照) ↓	口	円	
入院 新規加入	※生命共済と入院共済の加入年齢算出方法は異なっておりますので、詳細は同封の「パンフレット」をご参照ください。				入院日額 (3,000円)型 (5,000円)型 (10,000円)型 入院共済にご加入を希望される方は、2枚目に押印の上、お申し込みください。		掛金額 円

※ 新規加入される共済について、「申込欄」の「新規加入」に○印をし、必要項目を全て記入し、お申し込みください。

※1：当項目は「火災共済・地震風水害共済」並びに、「共済セット加入」における「告知事項」となります。正しくご記入ください。なお重複保険に記入がない場合は「無し」と回答いただいたものとみなします。
※2：当項目は「火災共済・地震風水害共済」並びに、「共済セット加入」のうち類焼損害費用保険・借家人賠償責任保険における「告知事項」および「通知事項」となります。正しくご記入ください。
※3：「共済セット加入」とは、共栄火災海上保険株式会社を引受保険会社とする損害保険の総称です。詳細は、「共済セット加入の重要事項説明書」をご確認ください。

※4：「共済セット加入」は、全国交通運輸業労働者共済生活協同組合が共栄火災海上保険株式会社と締結する団体保険契約です。「共済セット加入」に申し込む場合は、「共済セット加入の重要事項説明書」・「ご加入内容の確認事項」に記載されている内容を理解・確認の上、お申し込みください。
※5：正式名称は類焼損害費用保険です。
※6：正式名称は借家人賠償責任保険です。
※7：正式名称は個人賠償責任保険です。個人賠償保障の加入対象者は、組合員のみです。加入物件に付帯するものではありません。補償を受けられる方の範囲は、重要事項説明書でご確認ください。



入院共済加入申込書兼告知書

短期入院特約付家族特約付医療保障保険 (団体型)

契約者控 (4枚目)

証券番号	5	76003009000001	18
勤務所番号	23		34
組合員番号	35		44 機関番号
契約者氏名			
所属機関名			

※ 下記告知内容をご確認のうえ、お申し込みください。

告知内容	
本人	<p>【現在の就業状態】 申込日(告知日)現在、病気やけがで休職・休業中でなく、かつ、病気により就業を制限されていません。 【注釈】「就業を制限」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。</p>
配偶者	<p>【現在の健康状態】 申込日(告知日)現在、医師による治療期間中または、薬の処方期間中ではありません。 【注釈】①「治療」には、指示・指導を含みます。 ②「医師による治療期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。</p>
本人・配偶者共通	<p>【過去3ヵ月以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去3ヵ月以内に、医師による診察または健康診断・人間ドックを受け、その結果、検査(再検査・精密検査を含みます)・入院・手術をすすめられていません。 【注釈】 検査をすすめられ検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。</p>
	<p>【過去2年以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去2年以内に、医師による診察・検査・治療を受けた期間または薬の処方期間が、14日以上あった病気にかかったことはありません。 【注釈】 ① 同一の病気で転院・転科している場合は通算します。 ② 「医師による診察・検査・治療を受けた期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。 ③ 診察・検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。 ④ 「治療」には、指示・指導を含みます。</p>
告知の対象とならない事項	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤の服用 ◆ 歯科医師による虫歯の治療 ◆ 手術により完治した急性虫歯炎 ◆ 完治後のかぜ ◆ 色覚異常 ◆ 現在治療をうけていない花粉症・水虫 ◆ 妊娠中および分娩後で定期健診のみ受診 	

全国交通運輸産業労働者共済生活協同組合

全国交通運輸産業労働者共済生活協同組合 御中

申し込み時における告知・確認事項

新規加入する場合、必ず記入・押印ください。	<table border="1"> <tr> <td>申込日(告知日)</td> <td>2021年 月 日</td> </tr> </table>	申込日(告知日)	2021年 月 日
申込日(告知日)	2021年 月 日		
<p>私(本人・配偶者)は、申込日(告知日)現在、記載の告知内容および以下の事項について確認・承知のうえ、この契約の加入を申し込みます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■パンフレット等説明資料に記載された契約内容を承知し、意向に沿った申込内容であることを確認しました。 ■申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、記載の告知内容と相違がないことを確認しました。 ■「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。 ■個人情報取扱について、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。 ■申し込み手続きのご案内に記載されている「生命保険の新規ご加入、保険金・給付金の増額前にご確認いただきたい事項【申し込み・告知・支払いに際してのご留意事項】」について確認し、承知しました。 <p>加入のお申し込み手続きにあたり、加入する申込者の告知内容が、申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。</p> <p>死亡保険金受取人の指定を含め申込内容についての効力は、記載の「効力発効日(加入日)」から生じます。(必ず記載の「死亡保険金受取人について」をご確認ください)</p>			

死亡保険金受取人について

【団体規定】
 保険金受取人順位は、次の各号に掲げるものとする。
 ただし、5～7の場合は、現に加入者本人の扶養を受けている者とする。
 1: 本人、2: 配偶者、3: 子、4: 父母、5: 孫、6: 祖父母、7: 兄弟姉妹、受取人が2人以上あるときは、代表者1人を定めなければならない。この場合、その代表者は、他の保険金受取人を代表するものとする。また代表者が定まらないときは、または代表者の所在が不明であるときは、この組合が保険金受取人の1人に対してなした行為は、他の保険金受取人に対しても効力を生ずるものとする。

医療保障保険(団体型)について

本人の給付金および配偶者の死亡保険金と給付金の受取人は本人となります。

申込締切日	2021年 5月 12日
効力発効日(加入日)	2021年 7月 1日

お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。(修正箇所にはすべて訂正印が必要です。)

医療保障保険契約内容登録制度に基づく個人情報取扱について、詳細を通知・配布された説明資料等で確認し、同意します。

カード区分	区分	氏名(カタカナでご記入ください)	性別	生年月日(該当箇所を○で囲んでください)	商品区分	入院共済	「確認印」兼「申込印」兼「告知印」
1	100	フリガナ	①男 ⑤女	③昭 ⑤平 年 月 日	C	いずれかに○印をしてください 入院日額 3,000円 5,000円 10,000円	印
新規加入							
1	200	フリガナ	①男 ⑤女	③昭 ⑤平 年 月 日	C	いずれかに○印をしてください 入院日額 3,000円 5,000円 10,000円	印
新規加入							

申し込み手続きのご案内

生命保険の新規ご加入、保険金・給付金の増額前にご確認いただきたい事項

以下のご留意事項は、お申し込みならびに告知をいただく前にご確認いただきたい事項を記載しています。ニーズに沿った内容でご加入いただくため、また円滑な保険金・給付金のお支払いのため、内容についてご不明な点がある場合は、ご契約者、あるいはパンフレット等説明資料に記載された照会先にご照会をいただく等、必ずご確認ください。また、お申し込みをお願いいたします。

【申し込み・告知・支払いに際してのご留意事項】

・申し込み

ご意向に沿ったお申し込み内容かご確認ください ※お客様のチェックにご使用ください。↓

パンフレット等説明資料の記載内容をご確認いただき、保障内容・保険金額・給付金額・保険料等がご意向に沿った内容となっているかをご確認のうえ、お申し込みください。

・告知

告知の重要性についてご確認ください ※お客様のチェックにご使用ください。↓

現在および過去の健康状態などについて、ありのままをお知らせいただくことを告知といい、申込者ご本人には告知をしていただく義務があります。

生命保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に保障しあう制度です。初めから健康状態の悪い人などが無条件に加入された場合、保険料負担の公平性が保たれません。ご加入（増額）のお申し込みにあたっては、現在の就業状態や健康状態、過去の傷病歴等「加入申込書兼告知書」に記載された告知内容について、必ずご確認をお願いいたします。また、同時に加入される配偶者さま・お子さまがいる場合には、全員に内容をご確認ください。記載された告知内容に該当しない場合は、お申し込みいただくことはできません。

口頭でお伝えいただけただけでは告知になりません ※お客様のチェックにご使用ください。↓

企業・団体の社員・職員、保険会社の職員等は告知を受領する権利がなく、口頭でお話しされても告知していただいたことになりません。告知内容をご確認のうえ「加入申込書兼告知書」をご提出いただく必要があります。

保険金・給付金をお支払いできない場合があります ※お客様のチェックにご使用ください。↓

告知内容は、「加入申込書兼告知書」に記載してあります。これらについて、故意または重大な過失によって、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、「告知義務違反」としてご契約が解除され、保険金・給付金が支払われなくなります。この場合、すでにお払い込みいただいた保険料はお返しいたしません。
 ※なお、上記の場合以外にも、ご加入（増額）時の状況等により、保険金・給付金が支払われないことがあります。例えば、「現在の医療水準では治癒が困難または死亡危険の極めて高い疾患の既往症・現症等について故意に告知をされなかった場合」等、告知義務違反の内容が特に重大な場合、詐欺による取消しを理由として、保険金・給付金をお支払いできないことがあります。
 告知義務違反による解除の対象期間経過後にも取消しとなる場合があります。この場合、すでに払い込まれた保険料はお返しいたしません。

・支払い

責任開始期（加入・増額日）よりも前に傷害や疾病が発生した場合のお取扱いについて ※お客様のチェックにご使用ください。↓

【高度障害保険金について】
 高度障害保険金のお支払事由が、責任開始期（加入・増額日）以降に発生している場合でも、その原因となる傷害や疾病が責任開始期（加入・増額日）よりも前に発生している場合は（申込・告知後、責任開始期までの間にその原因となる傷害や疾病が発生している場合を含む）、原則としてお支払いの対象となりません。

申込日・告知日（申込書兼告知書を記入・提出した日） 責任開始期（加入・増額日）

お支払い対象 ◎	傷害または疾病の発生	高度障害状態・所定の支払事由に該当
お支払い対象外 ×	傷害または疾病の発生	高度障害状態・所定の支払事由に該当

保障はありません

※上記留意事項は、パンフレット等説明資料に記載の事項のうち、特に重要な事項について、その一部を記載したものです。詳細につきましては、必ずパンフレット等説明資料をご確認ください。

当チェックシートは、お申し込みにあたってご提出いただく必要はございませんが、「加入申込書兼告知書」のご加入者控えとともに、今後も大切に保管してください。

引受会社：明治安田生命保険相互会社

< 交運共済からのご注意 >

入院共済につきましては、明治安田生命保険相互会社の受託事業として実施していますが、この度、「生命保険の新規ご加入、保険金・給付金の増額前にご確認いただきたい事項」の添付にあたり、交運共済の申込書表現と一部異なる表現がありますが、右記の内容に読み替えてお申し込み願います。

□「明治安田生命保険相互会社」の表記

□交運共済の表記

生命保険
 配偶者さま・お子さま
 企業・団体の社員・職員
 保険会社の職員等

→ 入院共済
 → 配偶者さま（お子さまのご加入はできません）
 → JR会社等の社員・職員
 → 交運共済の職員等