



更新型 コープの団体がん保険（更新型）は、がん保険（1年契約用）の愛称です。

新しく
なった

コープの 団体がん保険のおすすめ

50歳以上の方には**ハーフプラン**もあります



“大切な人がいるから” 生きるため、治すため…

「がん」はもはや男女とも2人に1人がかかる病気となっています。
生きるため、治すためのサポートが充実した「コープの団体がん保険」をおすすめします!

三大治療の通院は日数無制限!

NEW

「抗がん剤 治療保険金」

オプション がん三大治療のひとつ「抗がん剤治療」を行ってもこれで安心!

NEW

「がん通院保険金」

保障を拡充しました!
日帰り入院前後の通院は1日目から保障!

NEW

ご加入年齢が拡大!

新規加入は0歳から。
また、更新は89歳まで可能となりました。

- お申し込みいただいた方（ご加入者）以外に保険の保障を受けられる方（被保険者等）がいらっしゃる場合には、その方にも本パンフレットに記載された内容をお伝えください。
- 本パンフレットは、コープの団体がん保険「がん保険（1年契約用）」の概要をご説明したものです。また、お申し込みにあたっての重要な事項を記載しておりますので、必ずご一読ください。ご不明な点につきましては、取扱代理店または共栄火災までお問い合わせください。

コープの「団体がん保険」は
暮らしに役立つ各種サービスをご用意しています

まごころ健康ダイヤルサービス

通話料無料で、専門スタッフが健康・介護、年金・税務・法律についてお電話で相談をお受けします。

自宅で受けられるがん検診の紹介サービス

下記の「がん検診」を特別料金でご利用できます。
(大腸がん検査、子宮頸がん検査、胃がん予防検診、胃・ピロリ菌検査、前立腺がん検査)

国立がん研究センターによる各種情報のご紹介

共栄火災は、がんに関する正しい知識の普及・啓発を支援するため、国立がん研究センターとがん情報の普及に関する包括的連携協定を結んでいます。

- がんのことなら「がん情報サービス」
がんについて信頼できる最新の情報をわかりやすく紹介しているウェブサイトです。
HPアドレス <https://ganjoho.jp/>
- がんリスクチェック
研究成果をもとに作成された、どのような生活習慣ががんや他の病気に繋がりがやすく、また病気に罹りにくいのか、生活習慣に潜むリスクをチェックするウェブサイトです。
HPアドレス <https://epi.ncc.go.jp/riskcheck>



お問い合わせは

取扱代理店

コープサービスくまもと(株)
〒861-2234 上益城郡益城町古閑107-1
0120-470-236 TEL/(050)-3821-7813
FAX/(096)-286-5133
受付時間/平日 午前9:00~午後6:00(土・日曜日を除く)

引受保険会社

共栄火災海上保険株式会社
九州支店 八代支社
〒866-0844 熊本県八代市旭中央通10-10
TEL/0965-35-6393

団体保険契約者
/生活協同組合くまもと
引受保険会社
/共栄火災海上保険株式会社

2023年3月 コープの団体がん保険加入申込書

生活協同組合コープくまもと 御中 私は、コープの団体がん保険「がん保険（1年契約用）」の「重要事項のご説明」、「健康状態告知確認書」および「ご加入内容の確認事項」に記載されている内容を理解・確認し、下記のとおりコープの団体がん保険への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日を継続日としてコープの団体がん保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。この加入申込書に★印が付された項目は「告知事項」です。この項目の記載内容に誤りがある場合は、保険金のお支払いができないことや保険契約を解除させていただきます。ご記入ください。

申込日 002 令和 年 月 日	加入者証番号 265	組合員(加入者)の氏名 003 姓 名 004 姓 名		被保険者氏名 261 住所 262 代理店・接客コード 264 団体コード 267 制度コード
住所 003 郵便番号 005 (市区町) 丁目 番 号 008 (丁目・自動)	加入者証番号 265	所轄店コード 261 21769	代理店・接客コード 262 84653004000	団体コード 264 9610095
加入者証番号 007 (市区町) 008 (丁目・自動)	加入者証番号 265	代理店・接客コード 262 84653004000	団体コード 264 9610095	制度コード 267 H2003
加入者証番号 007 (市区町) 008 (丁目・自動)		加入者証番号 265		

※毎月末日の締切日までに加入申込書をご提出いただいた場合、その締切日の3ヵ月後の1日が保障開始日となります。



加入コース	A1	B1	C1	D1	E1	F1	G1	H1
加入コース	A2	B2	C2	D2	E2	F2	G2	H2

被保険者氏名(自署) ☆ 生年月日 ☆ 満年齢

健康状態告知欄に記載された内容は事実と相違しません。また、加入内容をよくご確認するとともに、「重要事項のご説明」に記載されている内容に同意します。

★健康状態告知(注1) 告知日・同意日 令和 年 月 日

★他の保険契約(注2) 有 無

★親権者の承認(注3) 承認あり 承認なし

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書

私は、三菱UFJニコスから請求された金額を私名義の預金口座から自動振替により支払うことにより、下記預金口座振替期定額を自動的に支払う。すなわち、本欄は三菱UFJニコス以外の振込先には使用できないものとします。

収納企業名 三友UFJニコス株式会社 振替日 27日

口座振替先(印) 生協

口座振替先(印) 生協

口座番号 1663410

支店名 生協

支店コード 02199003326 連絡先 077-799-1000

取扱い印 生協

取扱い印 生協

取扱い印 生協

団体がん保険加入申込書

組合員(加入者)氏名	被保険者氏名	申込書受付日	受付担当者
姓 名	姓 名	年 月 日	姓 名

お問い合わせは 0120-470-236

お問い合わせは 0120-470-236

この「受付控え」は、加入者証をお届けするまで大切に保管してください。

がん保険(1年契約用) 健康状態告知書

健康状態告知書に関するご注意

◆健康状態告知書の質問は「ご契約をお受けするかどうかを決める重要な事項です。必ずご被保険者ご本人(満15歳未満の場合は親権者)が、ありのままに正確に答えくださることをご記入ください。」

◆もし事実を記入せず、または記入した内容が事実と異なっていた場合は、ご契約が解除されたり、保険金の支払いを受けられないことがありますので、ご注意ください。

質問事項 次の質問1・2とも「はい」の方に限り、ご加入いただけます。ご回答は、加入申込書の健康状態告知欄にご記入ください。

★質問1 今までに、<別表1>の「がん等」と診断されたことがありますか。

★質問2 次のいずれかに該当しますか。

(1) 最近3ヵ月以内に、<別表2>の症状や病気あるいはその疑いで、医師の診察、検査、治療、投薬(※1)のいずれかをうけたこと、またはつけるよう指導されたことがありますか。

(2) 過去2年以内に、健康診断(※2)、人間ドック、がん検診を受診し、<別表3>の検査の結果、異常(要再検査、要精密検査、要治療など)を指摘されたことがありますか。

ただし、要観察、要経過観察など指摘されただけの場合を除きます。(注)以上のいずれかに該当する場合は、「はい」に「○」をつけてください。

①再検査や精密検査を受けた結果、異常がなく治療の必要が無いと診断された場合

②<別表1>の「がん等」やその疑いが否定された場合

(3) 過去2年以内に、健康診断、人間ドック、がん検診をうけなかった場合

(4) 過去5年以内に、<別表4>の病気、医師の診察、検査、治療、投薬(※1)のいずれかをうけたこと、あるいはつけるよう指導されたことがありますか。

ただし、医師から完治したと診断された場合は、「はい」に「○」をつけてください。

(※1) 投薬とは、病院や診療所での薬の処方の受け付けの場合も含まれます。(※2) 健康診断とは、健康維持および病気の早期発見のための診察、検査をいいます。(例えば、企業・学校が行う定期健康診断、採用時健康診断など)

保障内容	基本プラン	ハーフプラン 50歳以上からご加入できます
用途は問わず自由に使えます がん診断保険金	一時金として 100万円	一時金として 50万円
限度日数はありません がん入院保険金	1日につき 10,000円	1日につき 5,000円
手術費用を心配しないために がん手術保険金	1回につき 10・20・40万円	1回につき 5・10・20万円
放射線量に支払条件はありません がん放射線治療保険金	1回につき 10万円	1回につき 5万円
お見舞い返しなどの退院後の出費に がん退院後療養保険金	一時金として 10万円	一時金として 5万円
退院時の医療費や交通費などに がん通院保険金	1日につき 5,000円	1日につき 2,500円
特定の手術を受けられた場合は別途 がん特定手術保険金	1回につき 100万円	1回につき 50万円
万一のときの葬祭費用に がん葬祭費用保険金	100万円限度 100万円	50万円限度 50万円
最新の医療技術を受けるために がん患者申出療養保険金	1回の患者申出療養につき 2,000万円	1回の患者申出療養につき 2,000万円
先進医療の備えとして がん先進医療保険金	1回の先進医療につき 2,000万円	1回の先進医療につき 2,000万円
指定医療機関への交通費などに がん先進医療一時金	一時金として 5万円	一時金として 5万円

OPTION

OPTION① 抗がん剤治療補償特約

OPTION② 悪性新生物診断保険金特約

OPTION③ 女性専用特約

OPTION④ がん女性特特定手術保険金

10万円 (ハーフプランは5万円)

一時金として100万円 (ハーフプランは50万円)

女性性特有ながんの手術費用をサポート

がん女性特特定手術保険金

<ご注意ください> 保障期間は1年ごとの自動更新で、特約のお申し出をされない限り満89歳まで自動継続されます。この保険は更新型で、5歳刻みで保険料が変更となります。更新日は毎年3月1日となります。(例) 加入時33歳の場合は、2年後の更新日には35歳の保険料となります。新規加入は満70歳までとなります。

(※1) がんの診断確定は、原則として病理組織学的所見(生検を含みます)によりなされることを要します。なお、がん診断保険金のお支払は保障期間を通じて1回に限りです。また、継続契約の場合において、がん診断保険金をお支払いすることとなった最終の診断書の日を初日と見做し、かつ「入院通院期間(60日)」または「退院後退院期間(365日間)」の期間内における通院を指します。

(※2) 時期を問わず2つ以上の手術を受けた場合は、各率の高いいずれか1つの手術のみ対象となります。

(※3) 三大治療のための通院とは、次のいずれかの場合をいいます(保障期間中の通院が支払対象となります)。

(※4) がん入院保険金の支払事由に該当する入院(日帰り入院を含む)となったがんの治療のため入院し、かつ「入院通院期間(60日)」または「退院後退院期間(365日間)」の期間内における通院を指します。

(※5) 「がん特定手術」とは、骨全摘除術、片側肺全摘除術、両側肺全摘除術、片側腎全摘除術、人工肛門造設術、喉頭全摘除術(発声機能の喪失を伴うものに限ります)、四肢切断術(手

団体がん保険加入申込書 記入例

ご加入者氏名・被保険者氏名はフルネームでご署名ください。

1 組合員番号を忘れずにご記入ください。

2 ご希望のコースを一つだけ丸で囲ってください。

3 「健康状態告知書」の質問事項をよくお読みいただき、質問1・2とも「はい」の方は「はい(加入できます)」、質問1・2のいずれかが「はい」の方は「はい(加入できません)」を○で囲ってください。(健康状態告知欄「はいえ」の方に限り、ご加入いただけます。)

4 必ず被保険者ご本人がご署名ください。

5 令和〇〇年〇月〇日と、必ず同意日をご記入ください。

6 保障開始日時時点で満年齢をご記入ください。保障開始日は…加入申込書の提出締切日(毎月末日)の3ヵ月後の1日です。

7 「他の保険契約」について「有」の場合は、疾病入院保険金日額の合計金額をご記入ください。

8 保障開始日時時点で満年齢に応じた月額保険料をご記入ください。

●加入申込書の太字の項目を丸で囲ってご記入ください。●間違えて記入された場合は、2本線で抹消のうえ、訂正印を押印してください。余白に訂正内容を記入してください。

<別表1>

がん等

がん(癌、悪性腫瘍、悪性新生物、肉腫、骨髄腫、MDIS(骨髄異形性症候群、不恒性貧血)、SCCなどを指す)

上皮内がん(上皮内癌、上皮内腫瘍、上皮内新生物、CIS、AIS、ポリープ病(ポリープ病)、高度異型上皮、高度異形成、CINⅢなどを含む)

膵臓腫瘍、胆嚢腫瘍(黒皮腫)、メラノーマ、中皮腫、白血腫、悪性リンパ腫、GIST(ジスト・ギスト、消化管間質腫瘍)、カルチノイド(神経内分泌腫瘍、NET、NEC)、境界悪性腫瘍、HSIL(高度扁平上皮内癌)、ASC-US(意義不明な異型扁平上皮細胞)、ASC-H(HSILを除く異型扁平上皮細胞)、AGC(異型腺細胞)

<別表2>

症状

出血(便潜血・不正出血・咯血・吐血・下血・血尿)、貧血(鉄欠乏性貧血を除く)、黄疸、びらん、しこり

<別表3>

胸部レントゲン(X線)検査、上部消化管(食道、胃、小腸(十二指腸))・下部消化管(大腸(盲腸、結腸、直腸))レントゲン(X線)検査・内視鏡検査、腹部・乳房超音波検査、マンモグラフィ検査、便潜血検査、尿潜血検査、肝炎ウイルス検査(B型(HBs抗原)・C型(HCV抗体))、CT検査、MRI検査、PET検査、脳ドック、腫瘍(しゅよう)マーカー(CEA・AFP・CA19-9・PSAなど)、病理検査、細胞診、組織診

<別表4>

消化器の病気

バレット食道、食道静脈瘤、潰瘍(かいつう)性大腸炎、クローン病、肝硬変、肝線維症、慢性肝炎、非アルコール性脂肪肝炎(NASH)、門脈圧亢進症、慢性膵(すい)炎

呼吸器の病気

慢性閉塞性肺疾患(COPD)、肺気腫、慢性気管支炎、間質性肺炎、肺線維症、気管支拡張症、じん肺、けい(珪)肺、アスペルト(石棉)肺

腎臓の病気

慢性腎不全(透析を伴う場合)、尿毒症

その他の病気

脳腫瘍、白斑症、紅板症、日光角化症(老人性角化腫)、多発性ポリポー(ポリポーシス)型上皮内癌(軽度・中等度)、異形成(軽度・中等度)、CINⅠ、CINⅡ、LSIL(軽度扁平上皮内癌)、子宮内膜異型増殖症、卵巣チョコレート嚢腫、糖尿病(インスリン治療、または合併症(※)を伴う場合)

(※)合併症とは、糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害をいいます。

基本保障

オプション決定

抗がん剤 抗がん剤治療保険金 悪性新生物 悪性新生物診断保険金

女性

女性 悪性新生物 抗がん剤 抗がん剤 抗がん剤 女性

女性 悪性新生物

基本プラン	A1	B1	C1	D1	E1	F1	G1	H1
基本プラン	A2	B2	C2	D2	E2	F2	G2	H2

加入コース

被保険者年齢

月払保険料

0～4歳 430円 440円 510円 520円 550円 560円 630円 640円

5～9歳 500円 510円 640円 650円 620円 630円 760円 770円

10～14歳 470円 490円 610円 630円 590円 610円 730円 750円

15～19歳 400円 420円 510円 530円 520円 540円 630円 650円

20～24歳 400円 420円 480円 500円 530円 550円 610円 630円

25～29歳 500円 530円 590円 620円 630円 660円 720円 750円

30～34歳 740円 840円 910円 1,010円 1,030円 1,130円 1,200円 1,300円

35～39歳 970円 1,090円 1,260円 1,380円 1,510円 1,630円 1,800円 1,920円

40～44歳 1,400円 1,610円 1,910円 2,120円 2,260円 2,470円 2,770円 2,980円

45～49歳 2,020円 2,300円 2,750円 3,030円 3,400円 3,680円 4,130円 4,410円

50～54歳 3,000円 3,270円 4,220円 4,490円 4,890円 5,160円 6,110円 6,380円

55～59歳 4,580円 4,850円 6,450円 6,720円 7,160円 7,430円 9,030円 9,300円

60～64歳 6,610円 6,900円 8,970円 9,260円 10,290円 10,580円 12,650円 12,940円

65～69歳 8,820円 9,090円 11,890円 12,160円 13,820円 14,090円 16,890円 17,160円

70歳 11,260円 11,510円 15,260円 15,510円 17,500円 17,750円 21,500円 21,750円

加入コース	A2	B2	C2	D2	E2	F2	G2	H2
-------	----	----	----	----	----	----	----	----

加入コース

被保険者年齢

月払保険料

50～54歳 1,560円 1,830円 2,170円 2,440円 2,500円 2,770円 3,110円 3,380円

55～59歳 2,320円 2,590円 3,250円 3,520円 3,610円 3,880円 4,540円 4,810円

60～64歳 3,350円 3,640円 4,530円 4,820円 5,190円 5,480円 6,370円 6,660円

65～69歳 4,440円 4,710円 5,980円 6,250円 6,940円 7,210円 8,480円 8,750円

70歳 5,650円 5,900円 7,650円 7,900円 8,770円 9,020円 10,770円 11,020円

自動継続 71歳～満89歳までの保険料はこちらからご確認ください。

健康状態告知確認書～正しく告知いただくためにご確認ください～

1. 告知の重要性について

□ 損害保険は、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。ご加入者間の保険料負担の公平性を保つため、ご加入者および保障の保障を受けられる方(以下、「被保険者」といいます)には健康状態等について告知をしていただく義務(告知義務)があります。

2. 健康状態告知書にはありのままを告知(ご記入)ください

□ ご加入にあたっては、「健康状態告知書」の質問事項(過去の傷病歴、現在の健康状態等)について、事実をありのままに正確に告知してください。

□ 書面でご回答いただいたことが告知となります。契約者、代理店または保険会社社員がお話しされただけでは告知したいたことにはなりません。必ず被保険者ご本人(満15歳未満の場合は親権者)が、健康状態告知書にご回答ください。

3. 正しく告知いただく場合の取扱い

□ 「健康状態告知書」の質問事項について、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、事実と異なることを告知された場合、保険会社は「告知義務違反」としてご加入の保険を解除させていただきます。保険金の支払事由が発生していても保険金のお支払いをすることができません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除の原因となった事実」の因果関係によっては、保険金のお支払いができることがあります。

4. 傷病歴等を告知いただいた場合の取扱い

□ 保険会社では、保険料負担の公平性を保つため、被保険者の健康状態に応じた引受対応を行っています。この保険では、「健康状態告知書」の質問事項のご回答内容から、ご加入をお断りさせていただくことがあります。

5. 告知いただいた内容の保険会社による確認について

□ 保険会社社員または保険会社が委託した担当者、ご加入後は保険金のご請求の際、ご加入内容、告知内容およびご請求内容等について確認させていただきます。また、被保険者を診察した医師等に対して、病状等について確認させていただくことがあります。

6. 保険責任の開始前開始後の取扱い

□ ご加入いただいた保険の保障が開始される時期を保険責任の開始期といいますが、正しく告知いただいた場合でも、保険責任の開始期前に診断確定されたがんについては、保険金をお支払いできません。

(※) この書面による説明および「健康状態告知書」の質問事項にご不明な点がございましたら、どのような場合でも代理店または保険会社社員にご質問いただき、全てご理解いただいた時点でご加入いただけますようお願い申し上げます。

(※) ご加入者以外に被保険者となる方がいらっしゃる場合には、その方にもこの確認書に記載された内容を伝える必要があります。

(※) この健康状態告知確認書は、ご加入後に送付させていただきます。加入者と一緒に大切に保管してください。

健康状態告知書の補足事項

<全般的な事項>

□ 「治療」とは、医師法に定める医師、歯科医師法に定める歯科医師をいいます。

□ 「投薬」とは、医師による治療をいい、投薬・注射・手術(※)・放射線治療・心理療法・食事療法などを含みます。

□ 「検査」とは以下のケースを含みます。

● 医師に処方されていない市販のビタミン剤の服用など、病気の治療等ではなく健康増進のための行為

● 医師に処方されていない市販の薬(かぜ薬、胃腸薬等)の服用

□ 「完治」とは、医師から病気が完全に治っていると診断されている状態をいいます。病気が完全に治ったと診断されているかについては、医師にご確認ください。

□ 過去の治療歴についてよく思い出せない場合は、必要に応じ、時間を置いてご確認のうえご回答いただくようお願いいたします。

(※) 「手術」にはレーザー光線、ファイバースコープ、カテーテル、超音波、内視鏡による手術を含みます。

