



# 個人・セット・火災共済 加入申込書

●お申し込みにあたって●パンフレットを必ずお読みください。

## ■申し込みの資格

- (1) 日本医療労働組合連合会の組合員とその家族。
- (2) 所属する組合が、医労連共済の組織共済、または個人共済のいずれかに一律口数で組合員全員加入していること。
- (3) 加入の申し込みができるのは、健康な方で別に定める「健康告知基準」①②③のいずれにも該当しない方。(健康告知基準については下記をご覧ください。健康については告知のみで、医師などによる診察は不要です。)
- (4) 加入年齢に制限がありますので、各制度ごとにご確認ください。(交通災害共済、火災共済の加入には年齢制限はありません。)

## ■申し込みの手続き

- (1) 加入の申し込みは、申込書に必要事項を正確に記入のうえ、所属労働組合を通じて医労連共済へ郵送してください。(FAXでは受け付けません。)  
★不実記載があった場合、契約が無効となりますので、ご注意ください。
- (2) 加入申込書は、保障開始日(毎月1日)の前月15日までに医労連共済に届かなければなりませんのでご注意ください。ただし、火災共済の場合、保障開始日は申込日の属する翌月1日ですが、随時の申込をすることができます。
- (3) 申込後に生じた変更事項はすみやかに医労連共済に届けなければなりません。

★被共済者の健康告知基準に関する変化。加入を申し込んだ後、契約効力発生日までに健康告知基準に基づく健康状態が変化した場合、届出をしなければなりません。

## ■掛金の払い込み

- (1) 各組合ごとにまとめて、毎月末までに翌月分掛金を納入してください。年一括払いも可能です。
- (2) 契約者個人の預金口座から口座振替での払い込みもできますが、別途手続きが必要となりますので、所属組合を通じて医労連共済に相談してください。(この場合、通常よりメ切が早くなります。くわしくはお問い合わせください。)

## ■保障の開始

加入申込書を医労連共済が受理し、初回掛金を払込みいただいた翌月1日午前0時から保障が開始されます。

## ■加入証書

加入証書は、保障開始月の10日頃までに、所属組合にお届けします。加入証書が届くまでは、申込書の控が加入証書にかかりますので大切に保管してください。

## 健康告知

加入される方は必ずお読みください。

◆加入される方が下記のいずれかに該当される場合は告知欄に、○印を付けてください。ご記入がない場合は、「該当しない」と告知されたものとします。

●次の健康告知基準①②③に該当されている方は、加入することができません。

### ①加療中

契約効力発生日午前0時に、病気やケガのため入院、休業安静加療中または入院、休業、安静加療が必要と診断されている。

①加療中のうち「…入院、休業、安静加療が必要と診断されている」場合の取り扱いについて、「契約効力発生日時点以降1年以内に入院、休業、安静加療が必要と診断されている場合」とします。

### ②直前加療

契約効力発生日以前6ヵ月間に、病気やケガ(手足などの骨折を除く)のため入院、休業、安静加療が連続して14日以上あった。または、入院、休業、安静加療が連続して14日以上必要と診断されていた。

### ③最近手術

効力発生日以前1年間に、病気やケガのため開頭・開胸・開腹手術およびこれらに準ずる手術(腹腔鏡手術を含む)を受けた。または手術が必要と診断されていた。なお虫垂炎除去術は除きます。

●健康告知欄に記入がない場合は、「該当しない」と告知されたものとします。

●①②③に該当し加入できなかった方が、加入できるようになってから2年以内にあらたに加入する場合は、6型または7型が加入の限度となります。

●健康告知基準の「①加療中」「②直前加療」「③最近手術」に該当しない方で、契約効力発生日に「④指定疾病」に該当される方は、共済金が削減されることを条件として加入することができます。

### ④指定疾病

「指定疾病」とは、次の疾病をいいます。

- |  |  |
|--|--|
| ア. 新生物(がん、腫瘍、肉腫、筋腫、白血病等)(良性的腫瘍、良性的子宮筋腫は含みません)              | サ. 骨髄疾患  |
| イ. 心疾患(心臓病、高血圧、心房細動、不整脈、狭心症、心筋梗塞、川崎病等)                     | シ. 神経疾患(パーキンソン病、アルツハイマー型認知症等)  |
| ウ. 精神病(統合失調症等)、アルコール依存症及び薬物中毒(うつ病、適応障害、神経症は含みません)          | ス. 運動系疾患(骨粗しょう症、脊髄疾患カリエス、変形性膝関節症、変形性股関節症、変形性腰椎症、脊柱管狭窄症、人工関節等)(ヘルニアは含みません)  |
| エ. 血管および血液の疾患(血友病、エイズ、脾臓の疾患、動脈硬化症、動脈瘤、血栓症等)(高脂血症、痛風は含みません) | セ. 甲状腺の疾患(橋本病、バセドウ病等)  |
| オ. 糖尿病   | ソ. リウマチ、関節炎(慢性関節炎、滑膜炎等)  |
| カ. 脳血管疾患(脳出血、脳血栓症、脳梗塞、脳軟化症、もやもや病等)                         | タ. 膠原病と原因不明の全身疾患(エリテマトーデス、強皮病、シェーンゲン症候群、ベーチェット病、サルコイドーシス、原田病等)   |
| キ. 消化性潰瘍(胃・十二指腸潰瘍、クローン病等)                                  | チ. その他、医労連共済が指定する疾患[2018年7月改定]<br>(厚生労働省が行う難病対策の疾患)(潰瘍性大腸炎、メニエール病、多発性硬化症、突発性難聴、胆道閉鎖症、好酸球性副鼻腔炎等)<br>2018年6月以前は下記のとおり<br>(厚生労働省が指定する特定疾患)(潰瘍性大腸炎、メニエール病、多発性硬化症、突発性難聴等) |
| ク. 肝臓及び膵臓の疾患(慢性肝炎、肝炎ウイルスキャリア、C型肝炎等)(脂肪肝は含みません)             |  |
| ケ. 腎臓疾患、ネフローゼ(慢性腎炎、慢性腎不全等)(腎盂腎炎は含みません)                     |  |
| コ. 肺・呼吸器疾患(肺結核、肺炎腫、喘息、慢性気管支炎、胸膜・縦隔・横隔の疾患等)(気胸は含みません)       |  |

●「指定疾病」に該当する場合、生命共済単独加入は10口が限度、セット共済は7型(「満21歳までの子」の場合はB型またはC型)が加入の限度となります。

●「指定疾病」に該当する方は、加入申込書健康告知欄の「該当する」及びア～ツの該当する疾病に○印をつけてください。

●指定疾病の共済金削減についてはパンフレット9ページを参照。

## 個人情報保護に関する重要事項

日本医労連共済は、受け付けた加入申込書、解約・変更届、共済金支払請求書やそれに伴う診断書等の証明資料によって知り得た個人情報、加入者の管理、共済会の給付審査、および共済事業の運営に関わるデータ作成のみに使用し、それ以外の目的で使用する場合は、事前に加入者各人から同意を得ています。

なお、全労連共済分担金管理部会に対しては給付審査に必要な個人情報を、火災共済の給付請求に対して査定を行っている査定センターに対しては、査定を行うために必要な個人情報を、また、加入者管理を目的としたコンピューターシステムの管理を行っている委託業者、集金代行を目的とした委託業者に対しては、目的業務の遂行上必要最低限の個人情報を提供しています。

# 加入申込書の書き方

- ◆申し込みにあたっては、この記入例を参考に、必要事項(枠内)を正しく、もれなく記入してください。
- ◆ご家族の加入が5人以上になる場合もしくは火災共済加入物件が3件以上になる場合は、申込書2枚に記入のうえ、ホッチキスなどではがれないようにして、お申し込みください。

**●組合員番号**  
組合員番号を単組独自で割り振る場合のみ記入してください。基本的には医労連共済が割り振りますので記入しないでください。

**●単組コード**  
医労連共済設定のコードを記入してください。

**●効力発生年月日**  
記入してください。

**●新規と追加**  
はじめて医労連共済に加入の方は、新規欄に○印を記入してください。  
すでに何らかの共済に加入の方が、ご家族・火災共済などを追加して加入される場合は、追加欄に○印を記入してください。

**●組合員一律加入型**  
組合員全員が一斉に加入する制度ですので、それ以外の方は記入しないでください。

**●年齢**  
効力発生年月日時点の年齢を記入してください。

**●健康告知**  
健康告知内容をよく読んで正しく回答してください。  
ア～フで該当するものがあれば○印をつけてください。  
★記入がない場合は、「該当しない」と告知されたものとします。  
★健康告知内容が事実と異なる場合には共済金が支払われないことがありますので、正しく記入してください。  
★加入申込をされてから効力発生日まで健康告知内容に変化が生じた場合、医労連共済に通知する義務があります。通知がない場合、加入が取り消しになったり加入内容が制限されることがあります。

**●家財契約**  
家財契約をされる方は必ず記入してください。

**●単独・上積口数**  
セット共済に上積される場合あるいは生命・医療・交通災害共済に単独で加入される場合にその口数を数字で記入してください。  
(セット共済の内訳を記入する欄ではありません)

**●質権設定**  
この申込書で質権設定はできません。質権設定をご希望の方は所属組合を通して医労連共済までお問い合わせください。

**●加入口数**  
★住宅の居住面積によって建物加入基準口数が異なります。  
★同居中の最年長者の年齢及び同居家族人数によって家財加入基準口数が異なります。  
★詳しくはパンフレット26ページをご覧ください。

**●現住所以外の物件加入**  
この欄に住所など必要事項を記入してください。

**●地震特約**  
あり・なしどちらかに必ずご記入ください。ありの場合は、合計口数で計算した月掛金の倍額となります。

**●年払掛金**  
★個人共済、火災共済掛金の年払いを希望される方のみ、年掛金合計を記入してください。  
★共済会の年度にあわせて事業年度最終月〔6月〕までの残りの月数分の掛金が〔年掛金〕となりますのでご注意ください。  
(例) 1月加入の場合の年掛金は6ヵ月分となります。)

## ■手続きのしかた

- ①申込書の記入が終わりましたら、所属労働組合の担当者へお届けください。  
申込日より加入効力発生日を確認していただいたうえ、掛金払い込み方法などをご相談ください。
- ②掛金払い込みには預金口座振替をご利用いただけますが、できるだけ各労働組合でまとめて納入してください。
- ③預金口座振替をご利用の方は、所属労働組合をとおして医労連共済までお問い合わせください。

ご不明の点やご相談など、お気軽にお問い合わせください 医労連共済 ☎0120-160931

# 医労連共済 個人・セット・火災共済加入申込書

(日本医労連共済提出用)

## 日本医労連共済 御中

日本医労連共済の加入を申し込みます。  
加入にあたっては、日本医労連共済の  
事業規約・細則を了承します。

<input checked="" type="radio"/> 新規	単組コード <input type="text"/>
<input checked="" type="radio"/> 追加	組合員番号 <input type="text"/>

効力発生年月日	20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01
満期年月日	20	<input type="text"/>	06	30

職場コード

組合員一律加入型共済掛金  ① 円

加入申込日  
年 月 日

所属  
労組名

フリガナ	契約者印	生年月日	満年齢	性別
組合員氏名 (契約者)	<input checked="" type="radio"/> 印	西暦 年 月 日	歳	男・女

フリガナ	TEL*( <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> )	※市外局番からご記入ください。	職種
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			① 医師 ② 医療技術職 ③ 看護職 ④ 事務職 ⑤ 技能・労務職(助産) ⑥ 保育士 ⑦ 介護職 ⑧ 組合専従 ⑨ その他
現住所			

個人共済加入申込欄(被共済者)	組合員で本人との続柄をご記入ください。 1.配偶者 2.満21歳までの子 3.満22歳以上の子 4.親 5.その他の家族(祖父母、兄弟姉妹、孫)		ご本人の欄		健康告知	セット型	単独・上積口数	掛金(セット+上積)	
	本人との続柄	氏名(フリガナ)	生年月日	満年齢	性別	<input checked="" type="radio"/> 該当する <input checked="" type="radio"/> 該当しない	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	生命 医療 交通	円
① 配偶者			西暦 年 月 日	歳	男・女	<input checked="" type="radio"/> 該当する <input checked="" type="radio"/> 該当しない	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	生命 医療 交通	円
② 満21歳 までの子			西暦 年 月 日	歳	男・女	<input checked="" type="radio"/> 該当する <input checked="" type="radio"/> 該当しない	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ A B C	生命 医療 交通	円
② ③ ④ ⑤			西暦 年 月 日	歳	男・女	<input checked="" type="radio"/> 該当する <input checked="" type="radio"/> 該当しない	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ A B C	生命 医療 交通	円
② ③ ④ ⑤			西暦 年 月 日	歳	男・女	<input checked="" type="radio"/> 該当する <input checked="" type="radio"/> 該当しない	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ A B C	生命 医療 交通	円

個人共済の年払いを希望される方のみ 年額  円 ①

個人共済の月掛金合計 月額  円 ②

火災共済加入申込欄	現住所と同じ物件を加入される場合にご記入下さい。住所を記入する必要はありません。			
	居住区分	建物の所有者	建物延べ面積	建物の構造
	① 自家 ② 借家(アパート) ③ 貸家	① 本人 ① 配偶者 ② 子 ③ 他の家族 ④ その他(借家など)	小数点以下切り上げ 坪	① 木造(月額1口5円) ② 耐火構造(月額1口2.5円)
	家財契約をされる方は必ず記入してください。	地震特約	加入申込口数	月掛金(合計口数で計算してください。)
同居中の最年長者の年齢	同居家族人数	<input checked="" type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	建物 家財 合計	特約ありは月掛金の倍の額で計算してください
① 30歳未満 ② 30歳代 ③ 40歳代 ④ 50歳以上	① 1~2人 ② 3人 ③ 4人 ④ 5人以上		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	円
現住所以外の物件も加入できます。その場合は下欄にご記入ください。				
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ			
TEL( <input type="text"/> )				
居住区分	建物の所有者	建物延べ面積	建物の構造	
① 自家 ② 借家(アパート) ③ 貸家	① 本人 ① 配偶者 ② 子 ③ 他の家族 ④ その他(借家など)	小数点以下切り上げ 坪	① 木造(月額1口5円) ② 耐火構造(月額1口2.5円)	
家財契約をされる方は必ず記入してください。	地震特約	加入申込口数	月掛金(合計口数で計算してください。)	
同居中の最年長者の年齢	同居家族人数	<input checked="" type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	建物 家財 合計	特約ありは月掛金の倍の額で計算してください
① 30歳未満 ② 30歳代 ③ 40歳代 ④ 50歳以上	① 1~2人 ② 3人 ③ 4人 ④ 5人以上		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	円

建物・家財とも耐火構造の場合、偶数口数で申し込みください。

火災共済の年払いを希望される方のみ 年額  円 ③

火災共済の月掛金合計 月額  円 ③

年掛金合計(年払いを希望される方のみ) ①+② 円

月掛金合計 ①+②+③ 円

●日本医労連共済は、申込書にて知り得た個人情報は、共済事業のためのみに使用します。詳しくは、パンフレットの「個人情報保護に関する重要事項」をお読みください。医労連共済は、年度途中での解約はできません。

受付No.

# 医労連共済 個人・セット・火災共済加入申込書

(組合控用)

## 日本医労連共済 御中

日本医労連共済の加入を申し込みます。  
加入にあたっては、日本医労連共済の  
事業規約・細則を了承します。

新規 追加	単組コード	<input type="text"/>	効力発生年月日	20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01
	組合員番号	<input type="text"/>	満期年月日	20	<input type="text"/>	06	30

職場コード

組合員一律加入型共済掛金  ① 円

加入申込日 年 月 日

所属労組名

フリガナ	契約者印	生年月日	満年齢	性別
組合員氏名 (契約者)	<input type="text"/>	西暦 年 月 日	歳	男・女

フリガナ

〒 -- TEL\*(--) \*市外局番からご記入ください。

現住所

職種  
① 医師 ② 医療技術職 ③ 看護職  
④ 事務職 ⑤ 技能・労務職(研習) ⑥ 保育士  
⑦ 介護職 ⑧ 組合専従 ⑨ その他

個人共済加入申込欄(被共済者)	組合員で本人との続柄をご記入ください。 1.配偶者 2.満21歳までの子 3.満22歳以上の子 4.親 5.その他の家族(祖父母、兄弟姉妹、孫)		ご本人の欄		健康告知	セット型	単独・上積口数	掛金(セット+上積)	
	本人との続柄	氏名(フリガナ)	生年月日	満年齢	性別	該当する アイウエオカキクケ コサシスセソタチ	該当しない	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ A B C	生命 医療 交通 円
① 配偶者			西暦 年 月 日	歳	男・女	該当する アイウエオカキクケ コサシスセソタチ	該当しない	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ A B C	生命 医療 交通 円
② 満21歳 までの子			西暦 年 月 日	歳	男・女	該当する アイウエオカキクケ コサシスセソタチ	該当しない	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ A B C	生命 医療 交通 円
② ③ ④ ⑤			西暦 年 月 日	歳	男・女	該当する アイウエオカキクケ コサシスセソタチ	該当しない	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ A B C	生命 医療 交通 円
② ③ ④ ⑤			西暦 年 月 日	歳	男・女	該当する アイウエオカキクケ コサシスセソタチ	該当しない	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ A B C	生命 医療 交通 円

個人共済の年払いを希望される方のみ 年額  円 ①

個人共済の月掛金合計 月額  円 ②

現住所と同じ物件を加入される場合にご記入下さい。住所を記入する必要はありません。

居住区分 ① 自家 ② 借家(アパート) ③ 貸家	建物の所有者 ① 本人 ② 配偶者 ③ 子 ④ 他(借家など)	建物延べ面積 小数点以下切り上げ 坪	建物の構造 ① 木造(月額1口5円) ② 耐火構造(月額1口2.5円)
家財契約をされる方は必ず記入してください。	地震特約	加入申込口数	月掛金(合計口数で計算してください。)
同居中の最年長者の年齢 ① 30歳未満 ② 30歳代 ③ 40歳代 ④ 50歳以上	同居家族人数 ① 1~2人 ② 3人 ③ 4人 ④ 5人以上	あり なし	建物 家財 合計 円

現住所以外の物件も加入できます。その場合は下欄にご記入ください。

住所 〒 -- フリガナ

TEL (  )

居住区分 ① 自家 ② 借家(アパート) ③ 貸家	建物の所有者 ① 本人 ② 配偶者 ③ 子 ④ 他(借家など)	建物延べ面積 小数点以下切り上げ 坪	建物の構造 ① 木造(月額1口5円) ② 耐火構造(月額1口2.5円)
家財契約をされる方は必ず記入してください。	地震特約	加入申込口数	月掛金(合計口数で計算してください。)
同居中の最年長者の年齢 ① 30歳未満 ② 30歳代 ③ 40歳代 ④ 50歳以上	同居家族人数 ① 1~2人 ② 3人 ③ 4人 ④ 5人以上	あり なし	建物 家財 合計 円

火災共済の年払いを希望される方のみ 年額  円 ③

火災共済の月掛金合計 月額  円 ③

年掛金合計(年払いを希望される方のみ) ①+② 円

月掛金合計 ①+②+③ 円

●日本医労連共済は、申込書にて知り得た個人情報は、共済事業のためのみに使用します。詳しくは、パンフレットの「個人情報保護に関する重要事項」をお読みください。  
医労連共済は、年度途中での解約はできません。

建物・家財とも耐火構造の場合、偶数口数で申し込みください。

受付No. \_\_\_\_\_

# 医労連共済 個人・セット・火災共済加入申込書

(契約者控)

## 日本医労連共済 御中

日本医労連共済の加入を申し込みます。  
加入にあたっては、日本医労連共済の  
事業規約・細則を了承します。

<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加	単組コード _____	効力発生年月日 20____01
	組合員番号 _____	満期年月日 20____0630

職場コード \_\_\_\_\_ 組合員一律加入型共済掛金 ① 円

加入申込日  
年 月 日

所属  
労組名 \_\_\_\_\_

フリガナ _____	契約者印 _____	生年月日 _____	満年齢 _____	性別 _____
組合員氏名 (契約者)	<input type="checkbox"/> 印	西暦 _____	年 月 日 歳	男・女
フリガナ _____	現住所 〒 _____ TEL*( - - ) _____		職種 ① 医師 ② 医療技術職 ③ 看護職 ④ 事務職 ⑤ 技能・労務職(助産) ⑥ 保育士 ⑦ 介護職 ⑧ 組合専従 ⑨ その他	

個人共済加入申込欄(被共済者)	組合員ご本人との続柄をご記入ください。 1.配偶者 2.満21歳までの子 3.満22歳以上の子 4.親 5.その他の家族(祖父母、兄弟姉妹、孫)		ご本人の欄			健康告知	セット型	単独・上積口数	掛金(セット+上積)
	本人との続柄	氏名(フリガナ)	生年月日	満年齢	性別	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> ①②③④ <input type="checkbox"/> ⑤⑥⑦	生命 医療 交通	円
	① 配偶者	西暦 _____	年 月 日 歳	男・女	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> ①②③④ <input type="checkbox"/> ⑤⑥⑦	生命 医療 交通	円	
	② 満21歳 までの子	西暦 _____	年 月 日 歳	男・女	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> ①②③④ <input type="checkbox"/> ⑤⑥⑦ <input type="checkbox"/> A B C	生命 医療 交通	円	
	②③④⑤	西暦 _____	年 月 日 歳	男・女	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> ①②③④ <input type="checkbox"/> ⑤⑥⑦ <input type="checkbox"/> A B C	生命 医療 交通	円	

個人共済の年払いを希望される方のみ 年額 (A) 円

個人共済の月掛金合計 月額 (B) 円

現住所と同じ物件を加入される場合にご記入下さい。住所を記入する必要はありません。

居住区分	建物の所有者	建物延べ面積	建物の構造
① 自家 ② 借家(アパート) ③ 貸家	① 本人 ② 子 ③ 他家族 ④ その他(借家など)	小数点以下切り上げ 坪	① 木造(月額1口 5円) ② 耐火構造(月額1口2.5円)
家財契約をされる方は必ず記入してください。		地震特約	加入申込口数
同居中の最長者の年齢	同居家族人数	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	建物 家財 合計
① 30歳未満 ② 30歳代 ③ 40歳代 ④ 50歳以上	① 1~2人 ② 3人 ③ 4人 ④ 5人以上		月掛金(合計口数で計算してください)
			特約ありは月掛金の倍の額で計算してください
			円

現住所以外の物件も加入できます。その場合は下欄にご記入ください。

住所 〒 _____ フリガナ _____	TEL( ) _____
-----------------------	--------------

居住区分	建物の所有者	建物延べ面積	建物の構造
① 自家 ② 借家(アパート) ③ 貸家	① 本人 ② 子 ③ 他家族 ④ その他(借家など)	小数点以下切り上げ 坪	① 木造(月額1口 5円) ② 耐火構造(月額1口2.5円)
家財契約をされる方は必ず記入してください。		地震特約	加入申込口数
同居中の最長者の年齢	同居家族人数	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	建物 家財 合計
① 30歳未満 ② 30歳代 ③ 40歳代 ④ 50歳以上	① 1~2人 ② 3人 ③ 4人 ④ 5人以上		月掛金(合計口数で計算してください)
			特約ありは月掛金の倍の額で計算してください
			円

建物・家財とも耐火構造の場合、偶数口数で申し込みください。

火災共済の年払いを希望される方のみ 年額 (B) 円

火災共済の月掛金合計 月額 (C) 円

年掛金合計(年払いを希望される方のみ) (A+B) 円

月掛金合計 (1+2+3) 円

●日本医労連共済は、申込書にて知り得た個人情報は、共済事業のためのみに使用します。詳しくは、パンフレットの「個人情報保護に関する重要事項」をお読みください。医労連共済は、年度途中での解約はできません。