

シニア共済変更届

国公共済会受付印

加入者氏名(本人)	契約者番号

必要事項を記入して、国公共済会に提出（※裏面①参照）してください。

1. 継続手続き

①解約

どちらかに丸をしてください。

☐すべて解約 ☐配偶者のみ解約

②変更・追加加入

変更もしくは追加加入する方は、下記太枠内に必要事項を記入してください（加入口数は変更後の口数を記入）。

増口および追加加入の場合は、必ず健康告知欄（※裏面②を参照）の記入をお願いします。

加入者氏名等				健康告知	加入口数				
本人		生年月日	男	1 該当しない	医療共済	1	生命特約	1	2
		19 年 月 日	女	2 該当する (制限加入)					
配偶者	フリガナ	生年月日	男	1 該当しない	医療共済	1	生命特約	1	2
		19 年 月 日	女	2 該当する (制限加入)					

2. 住所・電話番号などの変更

現在登録されている住所・電話番号は、加入証書を送付するとき等に使用します。
変更がある場合は、必ずご記入ください。

国公共済会使用欄

加入資格 ☐ ※本人3年加入

本人 ☐ 該当しない 給付歴（有・無）

☐ 該当する(制限加入) 5年加入（有・無）

配偶者 ☐ 該当しない 給付歴（有・無）

☐ 該当する(制限加入) 5年加入（有・無）

役 員	役 員	照 合	掛 金	加 入

①シニア共済変更届の送付について

つぎのいずれかの方法で、国公共済会にお送りください。

★郵送

〒105-0003
東京都港区西新橋 1-17-14
西新橋エクセルアネックス 4F

国公共済会事務局 行

★メール

アドレス: info@k-kyosai.jp

★FAX

FAX番号: 03-3580-2885

②健康告知基準

健康告知基準

1. 申込書記入日から最初の効力発生日までの間において、病気やケガ（軽い風邪や軽度のケガ、および四肢の骨折で治癒した場合を除く。以下同じ）のため、治療中の者および治療を必要と診断されている者。
2. 病気やケガのため、申し込み日以前6カ月間に入院・休業・安静加療が連続して14日以上ある者。このいずれかが必要と診断されている者をふくむ。
3. 病気やケガのため、申し込み日以前1年間に、連続して30日以上の上の休業もしくは安静加療をし、または開頭・開胸・開腹手術（虫垂炎除去を除く）を受けた者。
4. 効力発生日以前1年間に、次の疾病により医師の治療を受けた者。治療が必要と診断されている者を含む。ただし、運営委員会が加入を承認した場合は、この限りでない。
①新生物（ガン、腫瘍、肉腫、筋腫、白血病など）②心臓疾患③脳血管疾患（脳出血、脳血栓症、脳軟化など）④糖尿病（インシュリン、経口剤使用者）、肝臓病、脾臓病、腎臓病（腎炎、人工透析）、ネフローゼ⑤精神疾患（依存症、うつ病、強迫性障害、適応障害など）⑥骨髄および神経の疾患（骨髄炎、髄膜炎、脳性麻痺など）⑦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、高血圧症など）⑧その他これらに類する疾病など
5. 妊娠中で帝王切開の既往症、または帝王切開の予定がある者。

※新生物で入院・手術を受けた後、新生物に対する一連の治療行為（直接・間接を問わず）として投薬などがあれば、健康告知基準に該当します。

※治療行為を伴わない検査通院や経過観察だけでも該当する場合があります。

※加入できるか不明な方は、必ず国公共済会本部にお問い合わせください。

※後日、健康告知基準に該当することが判明した場合、共済金が給付されない場合や、契約が無効となる場合があります。