

全日本印刷工業組合連合会共済センター
～生命共済 ライフピア～
申込書・通知書記入要領

【必要書類】

1. 新規加入（事業所が新規に加入する場合）	加入申込書兼告知書 被保険者告知票(健康状態の告知が「いいえ」の場合必須) 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書
2. 中途加入（事業所はすでに加入、被保険者の追加の場合） 3. 保険金額変更	加入申込書兼告知書 被保険者告知票(健康状態の告知が「いいえ」の場合必須)
4. 脱退・被保険者または保険金受取人の訂正変更時	脱退（死亡）・訂正通知書
5. 口座変更	預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書
6. 住所変更・代表者名変更 ※事業所名変更	住所契約者名変更依頼票 ※事業所名変更の場合は「管理番号1申請書」も提出

【※注意※】それぞれの記入要領には下記のような形で記載いただく方を明示させて載せております。

(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組
----------	----------	---------

(1) 被保険者様：ご本人様記入箇所

(2) 各事業所：各事業所記入箇所＋(1) 被保険者様記入箇所の不備チェック

(3) 各工組：各工組記入箇所＋(1) 被保険者様(2) 各事業所記入箇所の不備チェック

各工組は書類の不備を確認し、必要書類すべてそろえた上で、東京海上日動火災保険（株）にご提出をお願いいたします。

※ 各申込書・通知書の締切スケジュールにつきましては各工組にてご確認ください。

【ご提出先】

東京海上日動火災保険株式会社 広域法人部・団体協同組織室9F
〒102-0075 東京都千代田区三番町6-4

【ご照会先】※ご不明な点は全印工連へご照会をお願いいたします。

全日本印刷工業組合連合会
〒104-0041 東京都中央区新富1-16-8 日本印刷会館4F
TEL:03-3552-4571

※ 別途、保険金・給付金請求につきましてはのご提出・お問い合わせは全印工連へお願いいたします。

[illegible]

※申込保険金額に変更される際に、死亡保険金受取人も同時に変更される場合、脱退(死亡)・訂正通知書を同時にご提出をお願いします。

*1 被保険者印は㊟の被保険者同意印

*2 生年月日による加入限度額があるので、企業負担していただけない場合に個人負担で契約できる方は限られます。また、個人負担加入者のみ配偶者の加入が認められていますので、配偶者を加入対象としたい場合は個人負担を選択してください。

*3 既加入者で変更の場合は申し込み保険金額は「現」に現在加入している保険金額を記入、「新」に新たに変更した後の保険金額を記入
「減額」の場合は「はい」「いいえ」の記載不要。減額の場合の告知書不要。

*4 2～5に該当しない場合は設定不可

*5 保険金額を増額する場合も「いいえ」の場合は別途告知書提出

★ 被保険者名簿にて確認ができます。ご不明な場合は所属の工組へご確認ください。

【被保険者告知書】

総合福祉団体定期保険・団体定期保険

被保険者告知票

① 団体名

全日本印刷工業組合連合会共済センター

② 証券番号

タ X X X X X X X X X X

③ 管理番号 1

X X

④ 管理番号 2

X X

⑤ 被保険者番号

X X X X X X X X X X

※必ず被保険者ご本人様が、すべての項目を正確にもれなくご記入ください。
(被保険者が15歳以上の場合は、親権者・後見人による代筆はできません。)
※ご提出いただいた告知票は、ご返却いたしません。

被保険者記入欄

西暦 (必ずご記入ください)

告知日

20 X X 年 X X 月 X X 日

フリガナ

〇〇〇〇 〇〇〇〇

被保険者氏名 (自署)

●●●●●●

生年月日

X X 年 X X 月 X X 日

性別

男・女

親権者・後見人の署名

被保険者が満15歳未満の場合は親権者・後見人が署名ください。

被保険者様の印鑑でご捺印ください。(認印でも可)

印

いずれかに○

1 最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。

はい

いいえ

2 過去1年以内に、病気やケガで初診日から最終受診日まで2週間以上の期間にわたり、医師の診察・検査・治療を受けたこと(※1)、または2週間分以上の入院を受けたことがありますか。

はい

いいえ

3 過去1年以内に、病気やケガで手術(※2)を受けたことがありますか。

はい

いいえ

4 現在、以下の①～③のいずれかがありますか。

はい

いいえ

詳細告知欄

病気やケガの名前・部位・検査名

検査・検査・治療・検査

入院時期・期間

手術時期・手術名・部位

原因・治療内容・薬剤名・検査結果・経過など

現在の状況

治療中

経過観察中

1 最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療を受けたこと(※1)。

2 過去1年以内に、病気やケガで初診日から最終受診日まで2週間以上の期間にわたり、医師の診察・検査・治療を受けたこと(※1)、または2週間分以上の入院を受けたこと(※2)。

3 過去1年以内に、病気やケガで手術(※2)を受けたこと(※2)。

4 現在、以下の①～③のいずれかがありますか。

①視力(※3)・聴力・言語・そしゃく機能の障がい

②手・足・指の欠損または機能の障がい

③背骨(脊柱)の変形または障がい

※3 左右いずれかの視力が矯正しても0.3以下の場合をいいます。

高血圧、脂質異常症(高脂血症)、高尿酸血症・痛風、肝機能異常、糖尿病のある場合、下欄の該当告知について直近の「医療機関での測定値・詳細」「測定時期」「測定医療機関名」をすべてご記入ください。*自己測定値ではなく医療機関での測定値をご記入ください。

高血圧

脂質異常症(高脂血症)

高尿酸血症・痛風

肝機能異常

糖尿病

医療機関での直近の測定値・詳細

高血圧

脂質異常症(高脂血症)

高尿酸血症・痛風

肝機能異常

糖尿病

最近の測定時期

最近の測定値

最近の測定医療機関名

記入もれはございませんか？

再度、ご確認ください。

・被保険者氏名・フリガナ・生年月日・性別は正しくご記入されていますか？

・告知日は記入日の日付となっていますか？

・告知事項すべてに○もれはありませんか？

・<「はい」に該当する場合>「詳細告知」のご記入はされていますか？

A80-10070(7) 改定 202101

1

加入申込書兼告知書の健康状態の告知が「いいえ」の場合は本「告知書」提出必須

申込保険金額(万円)	申込区分	保険金受取人氏名	月額掛金(円)
100	新加入	〇〇〇〇	1000
200	新加入	〇〇〇〇	2000
300	新加入	〇〇〇〇	3000
400	新加入	〇〇〇〇	4000
500	新加入	〇〇〇〇	5000
600	新加入	〇〇〇〇	6000
700	新加入	〇〇〇〇	7000
800	新加入	〇〇〇〇	8000
900	新加入	〇〇〇〇	9000
1000	新加入	〇〇〇〇	10000

告知書を提出後、内容によっては追加告知の提出が必要となる場合があります。その場合は別途ご連絡をいたします。

右表「記入上の注意」をご参照ください。

記入上の注意点

訂正する場合

記入内容を訂正する場合は、該当箇所を二重線で訂正のうえ、被保険者の印鑑を押印してください。
修正液や書き直しでの訂正は行わないでください。
※被保険者氏名欄に押印済みのものと同一の印で押印してください。

総合福祉団体定期保険・団体定期保険 被保険者告知票

被保険者氏名

生保商事株式会社

告知日

20 X X 年 X X 月 X X 日

フリガナ

セイダイ コシオ

被保険者氏名

生命 良男

生年月日

X X 年 X X 月 X X 日

性別

男・女

親権者・後見人の署名

被保険者が満15歳未満の場合は親権者・後見人が署名ください。

1 最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療を受けたこと(※1)。

2 過去1年以内に、病気やケガで初診日から最終受診日まで2週間以上の期間にわたり、医師の診察・検査・治療を受けたこと(※1)、または2週間分以上の入院を受けたこと(※2)。

3 過去1年以内に、病気やケガで手術(※2)を受けたこと(※2)。

4 現在、以下の①～③のいずれかがありますか。

①視力(※3)・聴力・言語・そしゃく機能の障がい

②手・足・指の欠損または機能の障がい

③背骨(脊柱)の変形または障がい

※3 左右いずれかの視力が矯正しても0.3以下の場合をいいます。

高血圧

脂質異常症(高脂血症)

高尿酸血症・痛風

肝機能異常

糖尿病

医療機関での直近の測定値・詳細

高血圧

脂質異常症(高脂血症)

高尿酸血症・痛風

肝機能異常

糖尿病

最近の測定時期

最近の測定値

最近の測定医療機関名

記入もれはございませんか？

再度、ご確認ください。

・被保険者氏名・フリガナ・生年月日・性別は正しくご記入されていますか？

・告知日は記入日の日付となっていますか？

・告知事項すべてに○もれはありませんか？

・<「はい」に該当する場合>「詳細告知」のご記入はされていますか？

用語の解説

用語

解説

※告知書につきましては、帳票が変わる場合がございます。常に全印工連から配布される最新の帳票をご使用ください。

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
①団体名	「全日本印刷工業組合連合会共済センター」と記入			不要
②証券番号	記入不要	記入不要	記入不要	
③管理番号 1 ★		事業所コード記入		不要
④管理番号 2 ★		県コード記入		不要
⑤被保険者番号	東京海上日動火災(株)で入力するため記入不要	東京海上日動火災(株)で入力するため記入不要	東京海上日動火災(株)で入力するため記入不要	
⑥告知日	記入日を記入			被保険者印*1
⑦被保険者氏名	漢字で記入(申込書と同一印鑑で捺印)			被保険者印*1
⑧生年月日/性別	和暦で記入/いずれかに○			被保険者印*1
⑨親権者・後見人の署名	被保険者が満15歳未満の場合署名が必須			被保険者印*1

※各告知事項の「はい」「いいえ」区分に訂正が入る場合は、申込書と同様の被保険者印を訂正印としてください。

★ 被保険者名簿にて確認ができます。ご不明な場合は所属の工組へご確認ください。

*1被保険者印は申込書に捺印の同意印

【追加告知・告知訂正書】

生保

団体保険

追加告知・告知訂正書

あんしん生命提出用

②

契り
記入欄

① 団体名 **全日本印刷工業組合連合会共済センター**

証券番号 **タXXXXXX**

管理番号1 **XXXX**

管理番号2 **XXXX**

⑤ 被保険者番号 **XXXXXX**

・必ず ③ ご本人様が、該当項目 ④ 「記入ください。」
 (被 15歳以上の場合、親権 による代筆はできません。)
 ・ご提出いただいた追加告知・告知訂正書に返却いたします。

被保険者記入欄

宛先: 東京海上日動あんしん生命保険株式会社
 ・先の告知内容を以下のとおり追加・訂正します。
 ・「告知に関する重要事項」および「個人情報の取扱い」に
 関するご案内の内容を確認し、同意します。この書面にわた
 り記入した事項は事実と相違ありません。
 ・貴社が契約者に対して被保険者の告知内容、審査結果
 よび審査結果を知らせることに同意します。診察を受けた事
 実があるときは診察した医師が、被保険者の健康状態、
 現状または治療内容等を貴社に報告しても異議を申しませ

⑥ ご記入日 (西暦) **20XX** 年 **X** 月 **X** 日

フリガナ ○○○○ ○○○○

⑦ 被保険者氏名 ●●●● ●●●● 印

(先の告知時の印と同じの印を押印ください。)

⑧ 親権者・後見人の署名
 (被保険者が満15歳未満の場合は親
 権者・後見人がご署名ください。)

○○○ ○○○ ●○○ ●○○

注意事項

・告知内容の追加・訂正により「はい」に該当する場合は、その具体的内容を詳細告知欄にご記入ください。
 ・ぜんそくの告知を詳細告知欄に記入する場合は、「追加告知書(ぜんそく専用)」もあわせてご使用ください。

告知書の記入もれ等の通知・訂正

「告知内容」の告知事項番号は、「総合福祉団体定期保
 定期保険 被保険者告知票」もしくは「団体信用生命保険
 書兼告知書」の控をご確認のうえ告知事項の番号をご記
 入し、控がお手元がない場合、裏面に記載の質問事項をご確認の
 うえ、「記号」をご記入ください。

⑨

生年月日	短杉 (平仮)	年齢	年	月	日	が正当
告知日	西暦 20	年	月	日	が正当	
告知内容	告知事項番号 ()		はい	はい	はい	
	告知事項番号 ()		はい	はい	はい	
	告知事項番号 ()		はい	はい	はい	

詳細告知欄

「はい」に該当した場合にご記入ください。

病名やケガの名前・部位・検査名	
診察・検査・治療・投薬の期間	[年 月] から [年 月] まで (か月おき)
入院時期・期間	⑩ 否⇒ [年 月] から [日間]
手術時期 手術名・部位	⑪ 否⇒ [年 月] 手術名・部位
原因・治療内容・薬剤名・検査結果・経過など	
現在の状況	治療中 経過観察中 完治⇒ [年 月]

高血圧、脂質異常症(高脂血症)、高尿酸血症・痛風、肝臓病異常、糖尿病の告知がある場合、下欄の該当告知について直近の「医療機関
 での測定値・詳細」「測定時期」「測定医療機関名」をすべてご記入ください。 *自己測定値ではなく医療機関での測定値をご記入ください。

高血圧

医療機関での
直近の測定値・詳細

最大(収縮期)血圧 [mmHg]
 最小(拡張期)血圧 [mmHg]

直近の測定時期 [年 月]

測定医療機関名

脂質異常症(高脂血症)

LDLコレステロール [mg/dl]
 総コレステロール [mg/dl]
 中性脂肪 [mg/dl]

直近の測定時期 [年 月]

測定医療機関名

高尿酸血症・痛風

尿酸(UA) [mg/dl]

直近の測定時期 [年 月]

測定医療機関名

肝臓病異常

医療機関での
直近の測定値・詳細

GOT (AST) [IU/l]
 GPT (ALT) [IU/l]
 γ-GTP [IU/l]

直近の測定時期 [年 月]

測定医療機関名

糖尿病

HbA1c [%]
 空腹時血糖値 [mg/dl]

直近の測定時期 [年 月]

測定医療機関名

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
①団体名	「全日本印刷工業組合連合会共済センター」と記入			不要
②証券番号	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	
③管理番号 1 ★		事業所コード記入		不要
④管理番号 2 ★		県コード記入		不要
⑤被保険者番号	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	
⑥ご記入日	記入日を西暦で記入			被保険者印*1
⑦被保険者氏名	漢字で記入（申込書と同一印鑑で捺印）			被保険者印*1
⑧親権者・後見人の署名	被保険者が満15歳未満の場合署名が必須			被保険者印*1
⑨生年月日/告知日	正当な生年月日/告知日を記入			被保険者印*1

★ 被保険者名簿にて確認ができます。ご不明な場合は所属の工組へご確認ください。

*1被保険者印は申込書に捺印の同意印

被保険者様の印鑑でご捺印ください。

※先の告知時と同一の印鑑

(申込書の被保険者同意印と同一)

告知書にて「生年月日」「告知日」を誤記入してしまった場合

該当項目を記載

【口座振替依頼書】

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収⑩)

金融機関提出用(1枚目)

①銀行・労働金庫
信用金庫・信用組合
農協・漁協

御中

②記入日(西暦) 年 月 日

収納代行会社名 明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)

新規登録 2
変更登録 3

委託団体名 ③全日本印刷工業組合連合会共済センター

④異動コード 2 3 1 適用振替年月日 ⑤ 年 月 日 ⑦委託者番号 6 1 0 0 0 0 0 2 2

⑥顧客番号 (左づめで記入ください)
ゼロとオー、2とZ、UとV、ゼロと6など混同しないよう、読みやすく記入してください(ゼロは0、オーはO、ZはZで記載)
下記項目は、預・貯金通帳等をご確認のうえ正確にご記入ください。

⑧ゆうちょ銀行

⑨本店
支店
出張所

金融機関番号 店番番号 預金種目 口座番号 (右づめで記入ください)

種目コード 1 6 6 3 0 1 記号 (右のうちの何れかを記入してください) 番号 (右づめで記入ください)

払込先口座番号 00140-5-120363 払込先加入者名 明治安田収納ビジネスサービス株式会社 払込金の種別 集金 30

カナ 預金者名 預金者名 ⑩(法人名の場合は金融機関お届けの封書・代表者名もご記入ください)

金融機関
お届け印
(サイン) ⑪

振替日・払込日
12日または27日
(振替が休業日の場合は翌営業日)

郵便番号 住 ⑫お申込者氏名 電話番号 生 年 月 日 (西暦)

お届け印をご確認のうえ
丸1・2枚目に鮮明にご
捺印ください(3ヵ所)

捺印

非ゆうちょ銀行の場合、捺印不要

契約者および預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)を収納代行会社として、預金口座振替規定および「口座振替・自動払込のしおり」に記載の「個人情報の取扱いについて」に同意のうえ、口座振替を依頼します。

一預金口座振替規定一 ゆうちょ銀行は除く(注1)

1. 貴行(金庫、組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。

2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。

3. この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものととして取扱ってさしつかえありません。

4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。

(注1) ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。
詳しくは、ゆうちょ銀行のホームページをご覧ください。

不備返却事由

1 預金取引なし 3 印鑑相違

2 記載事項等相違 4 印鑑不鮮明

ア. 金融機関番号 5 該当口座なし

イ. 店名 6 口座解約済

ウ. 店番 7 その他理由

エ. 預金種目

オ. 口座番号

カ. 口座名義 (字体相違、代表者名漏れを含む)

検 印

印鑑照合

受 付 印
取扱店日附印

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
①銀行名		銀行名を記入し該当に○		不要
②記入日		口座振替依頼書申込日(記入日)記入		不要
③委託団体名		「全日本印刷工業組合連合会共済センター」と記入		不要
④異動コード		新規登録→2, 変更登録→3記入		不要
⑤適用振替年月日		記入不要	記入不要	
⑥顧客番号★		県コード+事業所コード記入		不要
⑦委託者番号		「6100000022」を記入(固定)		不要
⑧銀行名		銀行名を記入し該当に○		不要
⑨支店名		本店or支店名を記入		不要
⑩預貯金者名		預貯金者名を記入		不要
⑪金融機関お届け印		預貯金者の印鑑を捺印		不要
⑫お申込者		お申込者本人にて記入		不要

★ 被保険者名簿にて確認ができます。ご不明な場合は所属の工組へご確認ください。

[illegible][illegible]

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
①事業所・代表者		事業所、代表者名記載の上、 事業所の代表者役職印（公印）を押印		不要
②事業所コード ★		事業所にて記入		不要
③県コード ★		事業所にて記入		不要
④所属工組			工組にて記入の上、工組印を押印	不要
⑤支部コード ★ 所属支部		東京・神奈川・愛知・大阪は支部コードと所属支部の記入が必要	※ 東京・神奈川・愛知・大阪は支部コードと所属支部の記入が必要	不要
⑥異動年月			※ 脱退は脱退月記入、「死亡・高度障害」の場合は記入不要 記入した場合は二重線と訂正印が必要になるので注意	事業所印または工組印
⑦通知発信日		記入日を記入		不要
⑧被保険者番号 ★		被保険者名簿で確認し、記入		不要（訂正時は二重線）
⑨被保険者名 *1		カナで記入 登録氏名と記入氏名不一致の際、登録を訂正する場合には別途書類の提出が必要 記載の氏名を訂正する場合→事業所印または県工業組合印が必要		事業所印または工組印
⑩脱退区分		脱退、死亡、高度障害いずれかに○		不要
⑪死亡・高度障害認定日		死亡の場合は死亡日を記入、高度障害の場合は記入不要		不要（訂正時は二重線）

[illegible]

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
⑫被保険者	現在登録している被保険者名をカナで記入			事業所印または工組印
⑬被保険者番号 ★		被保険者名簿で確認し、記入		不要
⑭生年月日	和暦で記入			
⑮訂正・変更区分	該当に○			事業所印または工組印
⑯訂正後の被保険者名 または保険金受取人名	カナで記入			事業所印または工組印
⑰変更後の保険金受取人	該当に○、その他の場合該当コードを記入			事業所印または工組印
⑱訂正後の性別	該当に○			事業所印または工組印
⑲訂正後の生年月日	和暦で記入			事業所印または工組印
⑳被保険者確認印	被保険者印*2			不要

[illegible]

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
1.依頼日			西暦で記入	不要
2.委託団体名担当者			工組名記入の上、工組印押印 + 電話番号記入	不要
3.適用経年/年月日			東京海上自動車火災（株）を入力するため記入不要	不要
4.委託者番号			東京海上自動車火災（株）を入力するため記入不要	不要
5.顧客番号			用コード・事業所コード記入	不要
6.ご契約書			変更後の該当箇所すべて記入	不要

※代表者名のみ変更でも、会社名からフルで記入
電話番号や生年月日も変更がある場合のみ記入

[illegible]

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
① 記入日		記入日を西暦で記入		不要
② 証券番号		910700024132 記入		不要
③ 団体名		全日本印刷工業組合連合会共済センターと記入		不要
④ 管理番号 1: ＜変更前＞事業所名		変更前の管理番号＝事業所コード 事業所名漢字・ｶﾅ記入		不要
⑤ ＜変更後＞事業所名		変更後の事業所名漢字・ｶﾅ記入		不要

事業所名変更時記入
※事業所名に変更がある場合には東京海上日動火災保険
(株)にご提出ください

使用しません