

『新福祉事業 退職時申出書』

退職予定日	年 月 日	【担当者記入欄】 受付日：令和 年 月 日 担当者氏名： 印 ※担当者自ら署名する場合は、押印は不要です (加入者→所属所共済組合事務主管課→共済組合)
所属所名		
組合員証記号番号	-	
申出人氏名	印 ※申出人自ら署名する場合は、押印は不要です。	

退職後における新福祉事業の取扱いについて、下記のとおり申し出します

1. 退職後の新福祉事業の継続希望内容を記入してください

遺族福祉年金制度（継続コース）に加入している場合最長、69歳まで継続加入できます
退職後の継続内容について、3項目から選択し「○」を記入してください

<input type="radio"/>	全部継続	<input type="radio"/>	一部脱退	<input type="radio"/>	全部脱退
-----------------------	------	-----------------------	------	-----------------------	------

【一部脱退を選択された方】
脱退する制度に「×」を記入してください

「全部継続」「一部脱退」を選択された方
継続される場合、別途「退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書」を提出してください

制度名称	本人	配偶者
遺族福祉年金制度（基本コース）		
遺族福祉年金制度（継続コース）		
医療保障保険	×	×
医療保障保険（充実型） ※医療保障保険が加入要件	×	×
医療保障保険（ケガ通院） ※医療保障保険が加入要件	×	×
総合医療保険 ※医療保障保険が加入要件	×	×
重病支援制度（主契約）	×	×
7大疾病保障特約	×	×
がん・上皮内新生物保障特約	×	×
退職後継続制度	×	×

- ※遺族福祉年金制度（基本コース）は退職時に脱退となります
※子どもが加入している制度は退職時に全て脱退となります
※配偶者が継続するには、配偶者の遺族福祉年金制度（継続コース）加入が必要です
※7大疾病保障特約、がん上皮内新生物保障特約は、重病支援制度（主契約）の加入が必要です

2. 退職後の再任用（フルタイム）の希望有無を記入してください（定年退職者のみ回答ください）

再任用（フルタイム）の希望	あり ・ なし
---------------	---------

【再任用希望「あり」の方は以下注意事項を確認し、ボックスに✓を入れてください】

- ①定年退職後も引き続き共済組合員資格を有する方（フルタイム再任用）は現職者としての継続となり、上記手続き内容は、無効として取り扱います
②加入内容（保障額・保険料）、資料の配布方法（所属経由）等は現職時同様となります
※給与控除の取り扱いができない所属所は、口座振替費として月額209円（税込）がかかります

注意事項を確認しました

3. 遺族福祉年金制度（継続コース）に加入していない場合

※「退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書」の提出は不要です。
退職時に脱退となります。ただし、健康告知なしで個人扱いの保険に加入することができます。案内資料の送付を希望する場合は右記に○をしてください

<input type="radio"/>	資料の送付を希望します
-----------------------	-------------

4. 一時払傷害保険の加入希望有無について

共済組合では退職後のケガ・賠償責任への備えとして、退職時に「一時払傷害保険」を案内しております。加入を希望される場合は、別紙案内を確認のうえ、別途「意思確認用紙」を提出ください

【特記事項】

口座登録書・振替依頼書の記入上のご注意と記入例

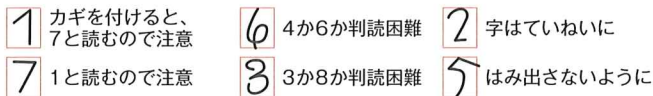
◎お願い

お届け印の誤り・ご印鑑不鮮明・ご記入内容の誤り等の不備がございますと、何度もお手数をおかけすることになりますので、正確に記入・押印願います。

正しい数字の記入例



悪い記入例



(注) お取り扱いしていない主な金融機関

上記のような書き方は機械が間違っ読み取るおそれがあります。

農林中央金庫	漁業協同組合	ジャパンネット銀行	セブン銀行	ソニー銀行
楽天銀行	住信SBIネット銀行	じぶん銀行	イオン銀行	大和ネクスト銀行
新銀行東京	新生銀行	あおぞら銀行	SBJ銀行	

※取扱い金融機関の詳細につきましては、(株)日本共同システム(略称：NKS)ホームページ(<http://www.nks-inc.jp/>)の「事業紹介」→「口座振替による集金代行サービス」の「お取り扱い金融機関」によりご確認ください。

※記入内容を訂正する場合のご注意点

下半分の「振替依頼書」(金融機関提出用)のご記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を＝にて抹消のうえ『金融機関お届け印』を訂正印として押印してください。

退職後 保険料振替・配当金受け入れ口座 登録書

退職後の団体保険に関する書類送付先(加入通知書・保険料控除証明書等)及び口座(保険料振替・配当金受け入れ)を下記の通り登録します。

フリガナ ヤマタ タロウ 性男 西暦 1956年10月10日
 氏名 山田 太郎 別女

〒 160-0023 都道府県 東京都
 市区町村 新宿区西新宿
 番地以降 7-11-18
 マンション名

ご退職後の連絡先
 携帯※1 090-1234-5678 携帯※2 000-123-4567
※1-保険料収納関係のご案内のため、携帯電話番号あてに「ショートメッセージ」を送信する場合がございますのでご了承ください。
 ※2-ご退職後の連絡先として、「携帯」以外で日中ご連絡可能な「自宅」または「勤務先」の電話番号を記入願います。

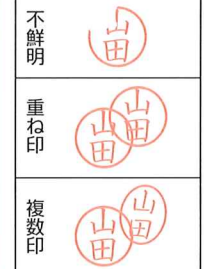
現在の勤務先
 勤務所名 ○○市役所 部署名 広報課 勤務先電話番号 03-1234-5678

ご連絡事項
 退職予定年月 ○○年○○月

印鑑

金融機関お届け印を鮮明に押印ください。

<印鑑誤り例>



預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (追加)

取扱金融機関 御中

(金融機関提出用)

記入日 30年2月1日
 委託者名 No.
 被保険者番号
 振替日(払込日) 22日(金融機関休業日の場合翌営業日)
 振替開始日(払込開始日) 請求書が初めて取扱店に到着した日以降の最初の振替日

金融機関お届け印 (山田)

フリガナ ヤマタ タロウ
 預金者 口座名義 山田 太郎

フリガナ シンジ ユク ビガ シンジ ユク
 金融機関 新宿 東新宿
 支店コード 123 預金種目 普通 口座番号 7654321

フリガナ シンジ ユク
 種目コード 166 契約種別コード 30 記号 1 番号 0
 払込先口座番号 00130-8-90564 払込先加入者名 株式会社日本共同システム

この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に不備がありましたら、右記へご連絡ください。 160-0023 東京都新宿区西新宿7-11-18 711ビル8階 株式会社 日本共同システム

金融機関名・支店名・支店コードを通帳のとおりにご記入ください。

ゆうちょ銀行をご利用の場合は、ゆうちょ銀行欄へご記入のうえ、金融機関お届け印を押印してください。

<訂正する場合の例>
 訂正する場合は二重線で消し、その線にかかるように金融機関届出印を押印してください。



口座番号を右詰めでご記入ください。
 口座番号が7桁に満たない場合は、前0をご記入ください。
 (例) 123456 → 0123456

退職後 保険料振替・配当金受け入れ口座 登録書

退職後の団体保険に関する書類送付先（加入通知書・保険料控除証明書等）及び口座（保険料振替・配当金受け入れ）を下記の通り登録します。

フリガナ				性男 <input type="checkbox"/>	生年月日			
氏名				別女 <input type="checkbox"/>	西暦	年	月	日
現住所	〒	-	都道府県					
	市区町村							
	番地以降							
マンション名等								
ご退職後の連絡先								
携帯※1				携帯以外の 日中連絡先※2				
※1…保険料収納関係のご案内のため、携帯電話番号あてに「ショートメッセージ」を送信する場合がございますのでご了承願います。 ※2…ご退職後の連絡先として、「携帯」以外で日中ご連絡が可能な「自宅」または「勤務先」の電話番号を記入願います。								
現在の勤務先	勤務所名	部課署名	勤務先電話番号					

ご連絡事項	退職予定年月
	年 月

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収) (加)

(金融機関提出用)

取扱金融機関 御中

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

私が支払うべき料金を、次のとおり口座振替によって支払うこととしたいので、裏面の預金口座振替規定を承認のうえ依頼します。

委託者名	No.								
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--

収納代行会社	株式会社 日本共同システム (略称 NKS)
--------	------------------------

被保険者番号																	
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※太線内は全てご記入ください。
※フリガナの濁点半濁点は一律に記入してください。

振替日(払込日)	22日 (金融機関休業日の場合翌営業日)
振替開始日(払込開始日)	請求書が初めて取扱店に到着した日以降の最初の振替日

金融機関 お届け印

金融機関 使用欄	(不備返却事由)	検印
	1.取引なし	印鑑 照合
	2.記載事項等相違 (店名、種目、 口座番号、口座名義)	
3.印鑑相違	受付印	
4.その他 (備考)		

フリガナ												
預金者 口座名義												

ゆうちょ 銀行以外の 金融機関	フリガナ																
	銀行 信金 組合 金庫 農協	支店															
金融機関 コード		支店 コード		預金 種目	普通	口座 番号											

お願い：番号は右から詰めてご記入ください。記入桁数に満たないときは頭に「0」をご記入ください。

ゆうちょ 銀行	種目 コード	166	契約種別 コード	30	記号	1	0	※	番号								
	払込先口座番号	00130-8-90564			払込先加入者名	株式会社日本共同システム											

この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に不備がありましたら、右記へご返送ください。

160-0023 東京都新宿区西新宿7-11-18 711ビル8階
株式会社 日本共同システム

被保険者本人です。

必ずどちらか一方をご記入ください。

預金口座振替規定 (ゆうちょ銀行からの自動払込を除く)

1. 金融機関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と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、私から金融機関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、金融機関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、金融機関の責めによる場合を除き、金融機関には迷惑を掛けません。
*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。

一時払傷害保険

『ケガ』の備え、『賠償費用』の備え >> 日常生活のちょっとした不安を1つに！

自転車事故 × ころぶ事故 × 自然災害

ポイント

- ▶ 保険料は申込時に**1回のお支払い**で、**補償は10年間**です。
- ▶ ケガでの入院や通院時に保険金をお支払いします。
- ▶ 医療・介護相談サービスが無料で利用できます。(24時間)
- ▶ 賠償責任部分は、「**配偶者、本人またはその配偶者の同居の親族等**」も補償対象となります。

<保険期間>

10年間

<ご加入できる方>

ご退職される組合員本人と配偶者

<補償内容と保険料>

*この保険には、満期返れい金・契約者配当金はありません。

職種級別：A級(無職・教員・事務・販売など)の場合

(A級：危険の少ない職業)

申込型		10G型	20G型	30G型	40G型
傷害	死亡・後遺障害保険金	276.5万円	671.9万円	1,156.0万円	1,756.9万円
	入院保険金	4,000円	7,000円	8,500円	10,000円
	通院保険金	1,000円	2,000円	3,000円	3,500円
	手術保険金	2・4万円	3.5・7万円	4.25・8.5万円	5・10万円
賠償責任保険金		1億円 + 国内示談交渉サービス			
一時払保険料		10万円	20万円	30万円	40万円

※令和元年10月1日以降始期契約用の補償内容です。今後の商品改定により補償内容が変更となる場合がありますので、最新のパンフレットをご確認ください。
 ※補償額は職種級別により異なります。職種級別は、お仕事の内容に応じて決まります。ご退職後もお仕事される方で、職種級別について不明な場合は、取扱代理店までお問合せください。保険契約締結後、職業・職務の変更があった場合は、遅滞なく取扱代理店へお申し出ください。

給付事例

たとえば・・・

階段を踏み外し、骨折して20日間入院して手術をし、その後30日間通院した場合

10G型の場合

入院…日額4,000円×20日=8万円
 手術……………4万円
 通院…日額1,000円×30日=3万円
合計 15万円

30G型の場合

入院…日額8,500円×20日=17万円
 手術……………8.5万円
 通院…日額3,000円×30日=9万円
合計 34.5万円

通院だけでも大きな差がありますので**30G型**がおすすめです！

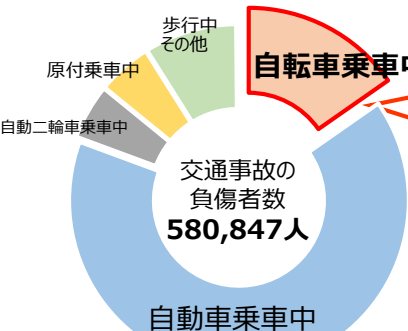
MYG-A-20-LF-598

一時払傷害保険のお役立ち事例

自転車事故

発生頻度が多いのに加えて、
高額な賠償金が必要になる可能性があります！

【交通事故における状態別負傷者数】



およそ6分間に1件の割合で自転車事故が発生しています！

県内では、
自転車保険等への加入は、
令和2年10月1日から義務化となりました。

出典:警察庁交通局「平成29年中の交通事故の発生状況」より

自転車事故以外も補償対象です



他人のモノを壊してしまった場合や
自分以外の家族が*人をケガさせてしまい
法律上の損害賠償責任を負った時も補償します

たとえば・・・
子どもや孫が
お店の商品を壊してしまっ
た

たとえば・・・
飼い犬が散歩中
飼い犬が他人をかんで
ケガをさせてしまった



※賠償責任部分の補償対象は、以下の通りです。
本人が未成年もしくは責任無能力者、または補償対象となる方が責任無能力者である場合は、法定の監督義務者等も補償対象となる方に含まれます(未成年または責任無能力者に関する事故に限ります。)。本人、配偶者、本人またはその配偶者の同居の親族、本人またはその配偶者の別居の未婚の子。なお続柄は、傷害の原因となった事故発生時点におけるものをいいます。また「未婚」とは、これまでに婚姻歴がないことをいいます。

【自転車での加害事故例】

賠償額	事故の概要
9,521万円	男子小学生(11歳)が夜間、帰宅途中に自転車で走行中、歩行中の女性(62歳)と正面衝突。女性は頭蓋骨骨折等の傷害を負い、意識が戻らない状態となった。(神戸地方裁判所、平成25年7月4日判決)

出典:日本損害保険協会「自転車事故と保険」より

ころぶ事故

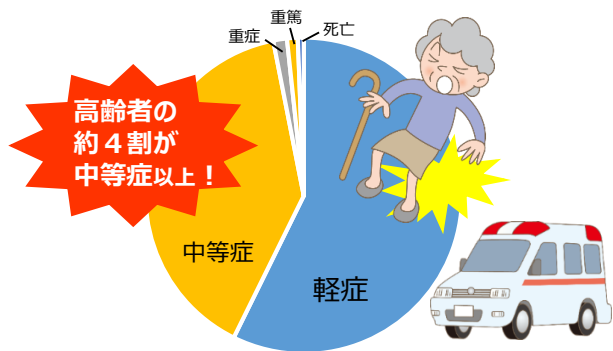
高齢者の日常生活事故のうちころぶ事故が約8割！

▶ 高齢者は若い人と比べ、ころんだ際に重症化しやすく、寝たきりになる場合もあるので注意が必要です。

軽症：入院の必要がないもの
中等症：生命の危機はないが入院の必要があるもの
重症：生命の危険が強いと認められたもの
重篤：生命の危機が切迫しているもの
死亡：初診時に死亡が確認されたもの

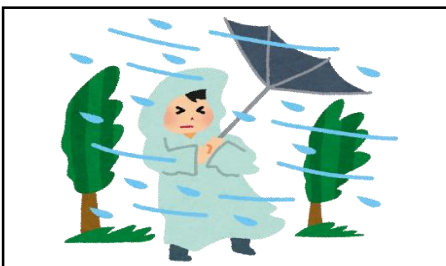
出典:東京消防庁「高齢者の日常生活事故を防ぐために」より

【高齢者の初診時程度別救急搬送割合】



自然災害

天災補償特約付き
地震・噴火・津波を含む自然災害時のケガも対象となります！



>> 台風(豪雨・暴風)の避難時のケガ



>> 地震時の落下物などによるケガ



>> 雪での転倒によるケガ

【記入例】

山梨県市町村職員共済組合 御中

本用紙にて、ご退職後の保障についての意向の確認をいたします。（申込書ではありません）

1/1

今後の環境変化等により取扱内容（販売休止を含む）を変更させていただく可能性があります。 2021/ 6/16

新福祉事業【個人扱】制度「意思確認用紙」

ステップ 1

太枠内に必要事項を楷書でご記入ください
※加入意思がない場合は、名前、住所、電話番号の記入は不要です

1

フリガナ	キョウサイ タロウ	性別	加入希望日	令和3年8月1日	令和●年●月●日	意思確認欄	加入を予定します	加入しません	記入日	●年●月●日
本人 名前	共済 太郎	1男 5女	住所	〒 123 - 4567	電話	055 (123) 4567				
生年月日	3 昭和 (5 平成) (6 令和)	年 月 日	フリガナ	ヤマシチン コウジ ヨキチ 1-15-35						
			山梨 都 道	甲府市 蓬沢	1-15-35					

2

①名前、フリガナ、性別、生年月日を記入
※配偶者の申込の場合は配偶者欄も記入

②加入希望日、意思確認欄、記入日、住所、フリガナ、電話番号を記入

ステップ 2 現在の加入内容をご確認ください

ステップ 3 ご退職後の保障内容をご確認ください

ステップ 4 商品ごとにお手続きください

普通傷害保険に加入する場合は、申込予約欄に「O」を付けてください。

一時払傷害保険

ケガによる入院・通院等の補償	本人	保険料(一時払)	100,000円	200,000円	300,000円	400,000円	***
	配偶者	保険料(一時払)	100,000円	200,000円	300,000円	400,000円	***

3

③申し込む型、払込方法（一時払）を選択して囲む
※配偶者を申し込む場合は配偶者欄も記入
※配偶者のみの申し込みも可能です

型を選択してください

本人	10G型	20G型	30G型
	40G型	申込みません	
配偶者	10G型	20G型	30G型
	40G型	申込みません	

②保険料払込方法は以下となります

一時払	
-----	--

※記入例を参考に必要事項をご記入ください
※加入希望しない場合は、意思確認欄の「加入しません」を囲みご提出ください
※「加入を予定します」をご選択された方には、後日申込書を送付します。

新福祉事業【個人扱】制度「意思確認用紙」

ステップ 1 太枠内に必要事項を楷書でご記入ください
加入意思がない場合は、名前、住所、電話番号の記入は不要です

本人	フリガナ	性別	加入希望日	意思確認欄	記入日
	名前	1男 5女	令和3年8月1日	加入を予定します 加入しません	年 月 日
配偶者	フリガナ	性別	住所	電話	
	名前	1男 5女	〒 フリガナ 都道 府県	()	
生年月日		(3 昭和) (5 平成) (6 令和) 年 月 日	漢字・カナ住所とも建物名までご記入ください。	現勤務先	電話 ()
生年月日		(3 昭和) (5 平成) (6 令和) 年 月 日	フリガナ ヤマナケンチヨウシヨクインキョウカイマイ	退職後連絡先(携帯電話可)	電話 ()
			団体名 山梨県市町村職員共済組合		

ステップ 2 現在の加入内容をご確認ください

普通傷害保険に加入する場合は、申込予約欄に「」を付けてください。

ステップ 3 ご退職後の保障内容をご確認ください

保険期間 **10年** 普通傷害保険(001) 契約日: 令和3年8月1日

型	10G型	20G型	30G型	40G型	***
本人	100,000円	200,000円	300,000円	400,000円	***
配偶者	100,000円	200,000円	300,000円	400,000円	***

記載の保険料は入金予定日を令和3年7月30日として計算しています。

ステップ 4 商品ごとにお手続きください

型を選択してください

本人	10G型	20G型	30G型
	40G型	申込みません	
配偶者	10G型	20G型	30G型
	40G型	申込みません	

保険料払込方法は以下となります

一時払

会社使用欄 A

勤務所番号	
被保険者番号	
脱退年月日	年 月 日 取扱者CD

会社使用欄 B

MYLP 受付日	20 年 月 日
団体番号	2 1 1 2 2 0 0 5
事業所番号	

会社使用欄 C

加入希望日	電話番号	勤務所番号	商品欄	一退終 & リレ-定期(レ点)	マス販(レ点)
名前	団体名	被保険者番号	75歳以下	75歳以上	RA()
性別	退職後連絡先	退職年月日	B G 2年以上	リレ- + RA 1000万円以下	DD()
住所欄(フリガナ含む)	補助住所区分(フリガナ含む)	団体番号	加入S以下		無医・医ブ
		事業所番号		帳票作成番号	

1次確認者 年 月 日 (印)

2次確認者 年 月 日 (印)

取扱者

照会先 公法人第三部法人営業第一部

TEL 03 - 5289 - 7145

受付時間: 平日9:00~17:00 (土曜・日曜・祝日・年末・年始は除く)

詳細についてはパンフレットをご確認ください。記載の保険料は契約日現在の保険年齢で計算しています。本紙提出後の手続きにつきましては、明治安田生命保険相互会社の関連会社である明治安田ライフプランセンター(株)および明治安田システム・テクノロジー(株)からのご案内となります。記載の保険料等は、当資料作成時点の基礎率により計算されています。実際の保険料等はご加入および更新時の基礎率により決定しますので、今後の基礎率の改定により保険料等も改定されることがあります。