Next Aid

いきいきスマイル共済申込キット

『会員登録申請書』
『スマイル共済加入申請書』
記入方法説明

いきいきスマイル共済　申込キット

NextAid 会員登録証
生命共済申込書
損害共済申込書
事前告知依頼書
口座振替依頼書
振替明細提出書

Next Aid

『会員登録申請書』
『スマイル共済加入申請書』
記入方法

①会員登録申請書記入方法
②生命共済加入申込書記入方法
③生命共済事前告知記入方法
④損害共済加入申込書記入方法
⑤口座振替・振込明細書記入方法
⑥概要説明・記入の際の注意事項

会員登録申請書　記入方法

株式会社 Next Aid　会員登録申請書

カスタマーセンター TEL.075-223-8350 〒604-8171 京都市中京区虎屋町566-1 井門明治安田生命ビル4F

FAX番号 075-223-4471

メール info@ikiiki-smile-union.org

ご記入後は上記方法または同封の返信用封筒にてご申請ください

申請者情報（必ず申請者ご本人がご記入ください）

本書面はお支払い方法が口座振替の場合のみご申請が可能です。
クレジットカードでのお支払いを希望される場合はWEBよりご申請ください。

申請日	西暦　年　月　日
会員IDNo.	
アップグレード対象IDNo.	

※登録コース C をご希望の場合、現在の会員IDNo.を記入

生年月日	西暦　年　月　日（満　歳）
フリガナ	
氏名	
法人名	
ニックネーム	
性別	男性　女性　※いずれかを○で囲んでください。
TEL	(　)　－
FAX	(　)　－
携帯電話	(　)　－
メールアドレス	@
フリガナ	
住所	〒
紹介者	IDNo.　氏名

お申込内容選択

登録を希望するコースひとつだけにチェックマーク☑を付けてください。

☐A. マインクラブ登録
●登録料無料
※別紙「共済申込書」にて共済契約をお申し込みください。

☐B. サポート代理店
●登録料　6,600円（初回）のみ　●ポジションは自動配置です。（配置指定はWEB登録のみ可能です。）
※株式会社ネクストエイド「概要書面」に記載されている内容を紹介者より説明を受け、十分理解した上で申請ください。
※別紙「共済申込書」にて１つ以上の共済契約お申し込みが必要です。

☐C. サポート代理店アップグレード
●現在マインクラブの方がサポート代理店へアップグレードされたい場合にご選択ください。
●登録条件は【B. サポート代理店】と同様です。
●お支払い方法はマインクラブ登録時に指定している方法にて継続します。

※C. サポート代理店アップグレードを選択された場合は、上記【アップグレード対象IDNo.】欄に現在の会員IDNo.をご記入下さい。

お申込内容選択

以下についてご確認のうえ、同意される場合は「はい」に丸を付けてください。※一つでも同意いただけない項目がある場合お申し込みいただけません。

【1】共済契約をお申し込みされる方	
1. 当共済の「総合約款」を確認し、紹介者から商品内容等について説明を受け理解をし、申込みます。	はい　・　いいえ
2. 事前告知依頼書を確認し、正しく告知します。	はい　・　いいえ
3. 注意喚起事項ご案内書面を理解、同意し申し込みます。	はい　・　いいえ

【1】B・Cをお申し込みされる方	
紹介者より株式会社 NextAid の「概要書面」の交付、内容の説明を受け理解、同意し申し込みます。	はい　・　いいえ

ご提出書類確認欄（以下の書面を本書とご一緒に提出ください。）

▼各書類のご提出確認後にチェックしてください

☐ 会員登録申請書（本書）
☐ 口座振替え依頼書

共済加入申書
☐ 生命共済
☐ 損害共済

☐ 振込明細提出用紙
☐ ※【事前告知依頼書】
（告知事項がある方のみ要提出）

マインクラブ
サポート代理店
サポート代理店グレードアップ
いずれかの会員登録用紙

会員登録申請書　記入方法

株式会社 Next Aid　会員登録申請書

カスタマーセンター TEL.075-223-8350 〒604-8171 京都市中京区虎屋町566-1 井門明治安田生命ビル4F

FAX番号 075-223-4471

メール info@ikiiki-smile-union.org

ご記入後は上記方法または同封の返信用封筒にてご申請ください

申請者情報（必ず申請者ご本人がご記入ください）

あなたの個人情報を記入

申請日	西暦
会員IDNo.	P000001234
アップグレード対象IDNo.	
生年月日	西暦　年　月　日（満　歳）
フリガナ	
氏名	
法人名	
ニックネーム	
性別	男性　女
TEL	（　）
FAX	（　）
携帯電話	（　）
メールアドレス	@
フリガナ	
住所	〒
紹介者	IDNo.　氏名

あなたのID番号

サポート代理店にアップグレードされる方は現在のマインクラブID番号を記入

あなたの直上の代理店の紹介IDとお名前を記入

会員登録申請書　記入方法

お申込内容選択

登録を希望するコースひとつだけにチェックマーク☑を付けてくだ

□A. マインクラブ登録
●登録料無料
※別紙「共済申込書」にて共

□B. サポート代理店
●登録料　6,600円（初回）
※株式会社ネクストエイド「概要
※別紙「共済申込書」にて1

□C. サポート代理店アップグレード
●現在マインクラブの方がサポート代理店へアップグレードされたい場合にご選択ください。
●登録条件は【B. サポート代理店】と同様です。
●お支払い方法はマインクラブ登録時に指定している方法にて継続します。

※C. サポート代理店アップグレードを選択された場合は、上記【アップグレード対象IDNo.】欄に現在の会員IDNo.をご記入下さい。

A：マインクラブ(共済加入のみ)
B:サポート代理店
C:サポート代理店アップグレード
のいずれかを選択

お客様注意事項確認書

以下についてご確認のうえ、同意される場合は「はい」に丸を付けてください。※一つでも同意いただけない項目がある場合お申し込みいただけません。

全てに同意頂けるなら『はい』に〇

【1】共済契約をお申し込みされる方	
1. 当共済の「総合約款」を確認し、紹介者から商品内容等について説明を受け理解をし、申込みます。	はい　・　いいえ
2. 事前告知依頼書を確認し、正しく告知します。	はい　・　いいえ
3. 注意喚起事項ご案内書面を理解、同意し申し	

サポート代理店orサポート代理店アップグレードに
お申込の方は『はい』に〇

【1】B・Cをお申し込みされる方	
紹介者より株式会社 NextAid の「概要書面」の交付、内容の説明を受け理解、同意し申し込みます。	はい　・　いいえ

ご提出書類確認欄（以下の書面を本書とご一緒に提出ください。）

▼各書類のご提出確認後にチェックしてください

- □ 会員登録申請書（本書）
- □ 口座振替え依頼書
- 共済加入申書
  - □ 生命共済
  - □ 損害共済
- □ 振込明細提出用紙
- □ ※【事前告知依頼書】（告知事項がある方のみ要提出）

お申込したい書類を記入後
最後にチェックを入れる

生命共済加入申込書　記入方法

A3の見開き用紙

【左面】
申請者記入欄
事前告知

【右面】
生命共済
加入商品選択

株式会社 Next Aid 生命共済加入申込書

カスタマーセンター TEL.075-223-8350 〒604-8171 京都市中京区虎屋町566-1 井門明治安田生命ビル4F
FAX番号 075-223-4471
メール info@ikiiki-smile-union.org

私は、いきいきスマイル労働組合の設立の趣旨に賛同し、加入を申込みます。また、「いきいきスマイル労働組合総合約款」を理解・確認し、契約内容に同意します。

ご記入後は上記方法または同封の返信用封筒にてご申請ください

申請者		
	フリガナ	
	氏名	
	身長	体重
	IDNo.	

※以下の注意点をご確認のうえ、同意し申込ください※
- いきいきスマイル労働組合への加入に際し（初回決済）【入会費：550円・年会組合費：1,100円】が必要です。
- 本書への記入は被共済者様ご自身で行ってください。
- 初月掛金は無料です。
- 毎月の決済日は 14 日です。
- 解約については WEB マイページから行ってください。
- 保障開始はご登録の翌日0時からです。（告知有の場合はその限りでありません）

事前告知		
	重要	共済のご契約にあたっては、被共済者の健康状態などについて、「告知義務」があります。 ご契約にあたっては、過去の病気やけが、現在の健康状態、身体の障がい状態、職業などを「事実をありのままに」「正確にもれなく」お答えください。 万が一、故意もしくは重大な過失により事実を告げない、または事実でないことを告げた事が判明した場合には共済金のお支払いが出来ない場合や共済契約が解除となることがございます。 また支払った共済掛金は一切お戻しできません。必ずご理解いただき、正しく告知ください。
	告知事項	**下記内容に該当する項目が有る方は別途「事前告知依頼書」のご提出が必要です。**
		1 現在を含め最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬をうけたことがある。（整骨院・接骨院での施術・治療を含みます）また、過去2年以内に健康診断・人間ドック・がん検診等で指摘を受けたことがある。
		2 過去1年以内に手術を受けたことがある。また、今後半年以内に手術を受ける予定がある。
		3 過去5年以内に、継続して7日以上の入院または手術を受けたことがある。
		4 身体障がいがある。
		5 現在および今までにガン（悪性新生物および上皮内新生物）にかかったことがある。
		該当事項が　ある　ない　（丸を付けてください）

「ある」を選ばれた方はセット内の「事前告知依頼書」を記入しご提出ください

事前告知について

※告知事項に該当が「ある」ときに、事前告知依頼書の提出が無い場合、責任開始がされませんので必ずご提出ください。

【結果の通知】 メール・または郵送で通知いたします。

【特別条件】 告知内容により、特定した身体部位や指定した疾病に対して共済を支払わない方法（特別条件といいます）を用いてこの契約を締結することがあります。
その場合、郵送にて「特別条件承諾書」をお送りしますので、同意し共済加入をされる場合は、書面にて承諾のうえご返送ください。特別条件を承諾されない場合、共済お申込の取り消しおよびご返金の対応をさせていただきます。（詳細は書面にてご案内いたします）

お問い合わせ窓口	●お電話：075-223-4470（カスタマーセンター） ●メール：info@ikiiki-smile-union.org

加入申込商品選択

ご希望の商品にチェックマーク☑を付けてください。

入院相互共済『生きる希望』

加入可能年齢 0歳～89歳（契約年齢まで）		加入可能年齢 0歳～79歳（契約年齢まで）	
60日型 スタンダード	☐ 2,500円（0～17歳）	1,000日型 MAX	☐ 2,900円（0～17歳）
	☐ 2,800円（18～59歳）		☐ 3,200円（18～59歳）
	☐ 3,300円（60～94歳）		☐ 3,800円（60～94歳）
60日型 ハーフ	☐ 1,250円（0～17歳）	1,000日型 ハーフ	☐ 1,450円（0～17歳）
	☐ 1,400円（18～59歳）		☐ 1,600円（18～59歳）

加入可能年齢 60歳～79歳（契約年齢まで）		加入可能年齢 50歳～79歳（契約年齢まで）			
			3,000円	5,000円	10,000円
60日型 保障増額	☐ 2,000円（60～79歳）	1,000日型 保障増額	50歳～59歳	☐ 1,800円	☐ 2,800円	☐ 5,500円
			60歳～69歳	☐ 2,200円	☐ 3,500円	☐ 6,800円
			70歳～74歳	☐ 3,300円	☐ 5,200円	☐ 10,000円
			75歳～79歳	☐ 4,200円	☐ 6,800円	☐ 12,000円
			80歳～84歳	☐ 6,500円	☐ 10,000円	☐ 19,000円

死亡相互共済『生きた証し』

加入可能年齢 18歳～89歳（契約年齢まで）		加入可能年齢 0歳～59歳（契約年齢まで）		加入可能年齢 18歳～69歳（契約年齢まで）	
スタンダード	☐ 2,900円（18～59歳）	ハーフ	☐ 1,300円（0～17歳）	保障増額	☐ 1,800円（18～49歳）
	☐ 3,400円（60～94歳）		☐ 1,450円（18～59歳）		☐ 2,000円（50～59歳）
					☐ 2,300円（60～69歳）

交通事故相互共済『マイガード』

加入可能年齢 0歳～89歳（契約年齢まで）		[一口]	[二口]
スタンダード	0歳～49歳	☐ 800円	☐ 1,600円
	50歳～69歳	☐ 1,000円	☐ 2,000円
	70歳～99歳	☐ 1,200円	☐ 2,400円

傷害相互共済『生きる支え』

加入可能年齢 5歳～79歳（契約年齢まで）		
スタンダード	5歳～17歳	☐ 1,800円
	18歳～59歳	☐ 2,000円
	60歳～84歳	☐ 2,400円
ハーフ	5歳～17歳	☐ 900円
	18歳～59歳	☐ 1,000円
	60歳～84歳	☐ 1,200円

がん特化型相互共済『もしもの備え』

加入可能年齢 18歳～74歳（契約年齢まで）		[一口]	[二口]
スタンダード	18歳～59歳	☐ 1,000円	☐ 2,000円
	60歳～79歳	☐ 2,500円	

合計	円

生命共済加入申込書　記入方法

株式会社 Next Aid 生命共済加入申込書

カスタマーセンター TEL.075-223-8350 〒604-8171 京都市中京区虎屋町566-1 井門明治安田生命ビル4F

FAX番号 075-223-4471

メール info@ikiiki-smile-union.org

私は、いきいきスマイル労働組合の設立の趣旨に賛同し、加入を申込みます。また、「いきいきスマイル労働組合総合約款」を理解・確認し、契約内容に同意します。

ご記入後は上記方法または同封の返信用封筒にてご申請ください

申請者					
	フリガナ				
	氏名				
	身長		体重		
	IDNo.				

お名前・身長・体重
会員登録申請書に
記載されているPから
始まるID番号を記入

事前告知		
	重要	共済のご契約にあたっては、被共済者の健康状態などについて、「告知義務」があります。 ご契約にあたっては、過去の病気やけが、現在の健康状態、身体の障がい状態、職業などを「事実をありのままに」「正確にもれなく」お答えください。 万が一、故意もしくは重大な過失により事実を告げない、または事実でないことを告げた事が判明した場合には共済金のお支払いが出来ない場合や共済契約が解除となることがございます。 また支払った共済掛金は一切お戻しできません。必ずご理解いただき、正しく告知ください。
	告知事項	下記内容に該当する項目が有る方は別途「事前告知依頼書」のご提出 1 現在を含め最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬をうけたことがある。（整骨院・接骨院での施術・治療を含みます）また、過去2年以内に健康診断・人間ドッ指摘を受けたことがある。 2 過去1年以内に手術を受けたことがある。また、今後半年以内に手術を受ける予定があ 3 過去5年以内に、継続して7日以上の入院または手術を受けたことがある。 4 身体障がいがある。 5 現在および今までにガン（悪性新生物および上皮内新生物）にかかったことがある。 該当事項が　ある　ない　（丸を付けてください）

重要事項をよく読み
続けて告知事項を読んだ後に
該当する項目があれば『ある』に
〇を付けて下さい

「ある」を選ばれた方はセット内の「事前告知依頼書」を記入しご提出

『ある』に〇のある方のみ別紙の
「事前告知依頼書」を記入し
ご提出ください

生命共済加入申込書　確認事項

告知事項の「ある」に〇を付けた方は必ず
事前告知書の提出が必要です。
事前告知をしていない場合は責任開始されません

事前告知につい

※告知事項に該当が「ある」ときに、事前告知依頼書の提出が無い場合、責任開始がされませんので
必ずご提出ください。

【結果の通知】 メール・または郵送で通知いたします。

事前告知の結果はメールか郵送でご案内

【特別条件】 告知内容により、特定した身体部位や指定した疾病に対して共済を支払わない方法（特別条件といいます）を用いてこの契約を締結することがあります。
その場合、郵送にて「特別条件承諾書」をお送りしますので、同意し共済加入をされる場合は
書面にて承諾のうえご返送ください。特別条件を承諾されなし
ご返金の対応をさせていただきます。（詳細は書面にてご案内

告知結果が特定不担保の場合、承諾書
（同意書）を郵送でお送りします。

お問い合わせ窓口	●お電話：075-223-4470（カスタマーセンター） ●メール：info@ikiiki-smile-union.org

生命共済加入申込書　記入方法

A3の見開き用紙

【左面】
申請者記入欄
事前告知

【右面】
生命共済
加入商品選択

株式会社 Next Aid 生命共済加入申込書

カスタマーセンター TEL.075-223-8350 〒604-8171 京都市中京区虎屋町566-1 井門明治安田生命ビル4F

FAX番号 075-223-4471
メール info@ikiiki-smile-union.org

私は、いきいきスマイル労働組合の設立の趣旨に賛同し、加入を申込みます。また、「いきいきスマイル労働組合総合約款」を理解・確認し、契約内容に同意します。

ご記入後は上記方法または同封の返信用封筒にてご申請ください

申請者		
	フリガナ	
	氏名	
	身長	体重
	IDNo.	

※以下の注意点をご確認のうえ、同意し申込ください※
- いきいきスマイル労働組合への加入に際し（初回決済）【入会費：550円・年会組合費：1,100円】が必要です。
- 本書への記入は被共済者様ご自身で行ってください。
- 初月掛金は無料です。
- 毎月の決済日は 14 日です。
- 解約については WEB マイページから行ってください。
- 保障開始はご登録の翌日0時からです。（告知有の場合はその限りでありません）

事前告知

重要

共済のご契約にあたっては、被共済者の健康状態などについて、「告知義務」があります。
ご契約にあたっては、過去の病気やけが、現在の健康状態、身体の障がい状態、職業などを「事実をありのままに」「正確にもれなく」お答えください。
万が一、故意もしくは重大な過失により事実を告げない、または事実でないことを告げた事が判明した場合には共済金のお支払いが出来ない場合や共済契約が解除となることがございます。
また支払った共済掛金は一切お戻しできません。必ずご理解いただき、正しく告知ください。

告知事項

下記内容に該当する項目が有る方は別途「事前告知依頼書」のご提出が必要です。

1. 現在を含め最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬をうけたことがある。（整骨院・接骨院での施術・治療を含みます）また、過去2年以内に健康診断・人間ドック・がん検診等で指摘を受けたことがある。
2. 過去1年以内に手術を受けたことがある。また、今後半年以内に手術を受ける予定がある。
3. 過去5年以内に、継続して7日以上の入院または手術を受けたことがある。
4. 身体障がいがある。
5. 現在および今までにガン（悪性新生物および上皮内新生物）にかかったことがある。

該当事項が　ある　ない　（丸を付けてください）

「ある」を選ばれた方はセット内の「事前告知依頼書」を記入しご提出ください

事前告知について

※告知事項に該当が「ある」ときに、事前告知依頼書の提出が無い場合、責任開始がされませんので必ずご提出ください。

【結果の通知】 メール・または郵送で通知いたします。

【特別条件】 告知内容により、特定した身体部位や指定した疾病に対して共済を支払わない方法（特別条件といいます）を用いてこの契約を締結することがあります。
その場合、郵送にて「特別条件承諾書」をお送りしますので、同意し共済加入をされる場合は、書面にて承諾のうえご返送ください。特別条件を承諾されない場合、共済お申込の取り消しおよびご返金の対応をさせていただきます。（詳細は書面にてご案内いたします）

お問い合わせ窓口	●お電話：075-223-4470（カスタマーセンター） ●メール：info@ikiiki-smile-union.org

加入申込商品選択

ご希望の商品にチェックマーク☑を付けてください。

入院相互共済『生きる希望』

加入可能年齢 0歳～89歳（契約年齢まで）		加入可能年齢 0歳～79歳（契約年齢まで）	
60日型 スタンダード	□ 2,500円（0～17歳）	1,000日型 MAX	□ 2,900円（0～17歳）
	□ 2,800円（18～59歳）		□ 3,200円（18～59歳）
	□ 3,300円（60～94歳）		□ 3,800円（60～94歳）
60日型 ハーフ	□ 1,250円（0～17歳）	1,000日型 ハーフ	□ 1,450円（0～17歳）
	□ 1,400円（18～59歳）		□ 1,600円（18～59歳）

加入可能年齢 60歳～79歳（契約年齢まで）		加入可能年齢 50歳～79歳（契約年齢まで）			
			3,000円	5,000円	10,000円
60日型 保障増額	□ 2,000円（60～79歳）	1,000日型 保障増額	50歳～59歳	□ 1,800円	□ 2,800円	□ 5,500円
			60歳～69歳	□ 2,200円	□ 3,500円	□ 6,800円
			70歳～74歳	□ 3,300円	□ 5,200円	□ 10,000円
			75歳～79歳	□ 4,200円	□ 6,800円	□ 12,000円
			80歳～84歳	□ 6,500円	□ 10,000円	□ 19,000円

死亡相互共済『生きた証し』

加入可能年齢 18歳～89歳（契約年齢まで）		加入可能年齢 0歳～59歳（契約年齢まで）		加入可能年齢 18歳～69歳（契約年齢まで）	
スタンダード	□ 2,900円（18～59歳）	ハーフ	□ 1,300円（0～17歳）	保障増額	□ 1,800円（18～49歳）
	□ 3,400円（60～94歳）		□ 1,450円（18～59歳）		□ 2,000円（50～59歳）
					□ 2,300円（60～69歳）

交通事故相互共済『マイガード』

加入可能年齢 0歳～89歳（契約年齢まで）		【一口】	【二口】
スタンダード	0歳～49歳	□ 800円	□ 1,600円
	50歳～69歳	□ 1,000円	□ 2,000円
	70歳～99歳	□ 1,200円	□ 2,400円

傷害相互共済『生きる支え』

加入可能年齢 5歳～79歳（契約年齢まで）		
スタンダード	5歳～17歳	□ 1,800円
	18歳～59歳	□ 2,000円
	60歳～84歳	□ 2,400円
ハーフ	5歳～17歳	□ 900円
	18歳～59歳	□ 1,000円
	60歳～84歳	□ 1,200円

がん特化型相互共済『もしもの備え』

加入可能年齢 18歳～74歳（契約年齢まで）		【一口】	【二口】
スタンダード	18歳～59歳	□ 1,000円	□ 2,000円
	60歳～79歳	□ 2,500円	

合計	円

生命共済加入申込書　記入方法

加入したい□にレ点を入れる

生きる希望（スタンダード・MAX・ハーフを選択）

入院相互共済『生きる希望』

[加入可能年齢] 0歳～89歳（契約年齢まで）		
60日型 スタンダード	□ 2,500円（0～17歳）	
	□ 2,800円（18～59歳）	
	□ 3,300円（60～94歳）	
60日型 ハーフ	□ 1,250円（0～17歳）	
	□ 1,400円（18～59歳）	

[加入可能年齢] 0歳～79歳（契約年齢まで）	
1,000日型 MAX	□ 2,900円（0～17歳）
	□ 3,200円（18～59歳）
	□ 3,800円（60～94歳）
1,000日型 ハーフ	□ 1,450円（0～17歳）
	□ 1,600円（18～59歳）

[加入可能年齢] 60歳～79歳（契約年齢まで）	
60日型 保障増額	□ 2,000円（60～79歳）

[加入可能年齢] 50歳～79歳（契約年齢まで）	3,000円	5,000円	10,000円
1,000日型 保障増額 50歳～59歳	□ 1,800円	□ 2,800円	□ 5,500円
60歳～69歳	□ 2,200円	□ 3,500円	□ 6,800円
70歳～74歳	□ 3,300円	□ 5,200円	□ 10,000円
75歳～79歳	□ 4,200円	□ 6,800円	□ 12,000円
80歳～84歳	□ 6,500円	□ 10,000円	□ 19,000円

生きる希望に増額したい方はチェック

生きる希望・証のハーフプランは増額不可）

生きた証し（スタンダードかハーフを選択）

死亡相互共済『生きた証し』

[加入可能年齢] 18歳～89歳（契約年齢まで）	
スタンダード	□ 2,900円（18～59歳）
	□ 3,400円（60～94歳）

[加入可能年齢] 0歳～59歳（契約年齢まで）	
ハーフ	□ 1,300円（0～17歳）
	□ 1,450円（18～59歳）

[加入可能年齢] 18歳～69歳（契約年齢まで）	
保障増額	□ 1,800円（18～49歳）
	□ 2,000円（50～59歳）
	□ 2,300円（60～69歳）

交通事故相互共済『マイガード』

[加入可能年齢] 0歳～89歳（契約年齢まで）		〔一口〕	〔二口〕
スタンダード	0歳～49歳	□ 800円	□ 1,600円
	50歳～69歳	□ 1,000円	□ 2,000円
	70歳～99歳	□ 1,200円	□ 2,400円

がん特化型相互共済『もしもの備え』

[加入可能年齢] 18歳～74歳（契約年齢まで）		〔一口〕	〔二口〕
スタンダード	18歳～59歳	□ 1,000円	□ 2,000円
	60歳～79歳	□ 2,500円	

傷害相互共済『生きる支え』

[加入可能年齢] 5歳～79歳（契約年齢まで）		
スタンダード	5歳～17歳	□ 1,800円
ハーフ	60歳～84歳	□ 1,200円

スタンダード
ハーフを選択

合計	円

マイガードとガン共済
1口か２口を選択

合計金額を記載
共済掛金のみ

スマイル共済事前告知書　記入方法

いきいきスマイル共済 告知依頼書

お問合せ依頼方法

ファックス　FAX番号 075-223-4471

メール　info@ikiiki-smile-union.org

メール依頼方法
① 本書をPDFデータにて添付
② 本文に直接入力（入力フォームをお送り致しますので「事前告知依頼フォーム希望」と書いて送信ください）

※ご提出から5～7営業日に当組合から告知依頼に対する回答をお電話、メールにてご連絡致します。
（査定内容によっては上記日数よりお時間を頂く場合がございます）回答書に従ってご記入ください。

対象のプラン

告知されたい（お申込をご希望している）プランをお選びください。

☐ 生きる希望・生きた証し　☐ 生きる希望MAX　☐ がん

※査定時に使用するもので、お申込ではございません。

お客様情報

フリガナ		申請日	年　月　日
氏名		会員ID	
電話番号	－　－	生年月日	（西暦）　年　月　日　性別　男・女
住所	〒	身長	cm　体重　kg
		職業	勤務先名称・勤務名・職種・具体的内容
メールアドレス	@		

紹介者

紹介者氏名		会員ID	
		電話番号	－　－

告知1

☐ はい　現在を含め最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬をうけたことがありますか。
（整骨院・接骨院での施術・治療を含みます）
また、過去2年以内に健康診断・人間ドック・がん検診等を受けたことがありますか。

→ 以下、【はい】にチェックをつけられた方のみご記入ください

※病名・治療期間・部位など詳しくお書きください。

☐ 完治　☐ 治療中

【投薬中のお薬を全てお書きください】

【血圧・コレステロール値・中性脂肪値・空腹血糖値等数値をお書きください】

【健康診断・人間ドック・がん検診等の結果ご記入欄】

☐ 異常なし　☐ 経過観察　☐ 要再検査　☐ 要精密検査　☐ 要治療

告知事項が一つでもある場合、記入無しの用紙であっても必ず全てご送付ください。

表紙

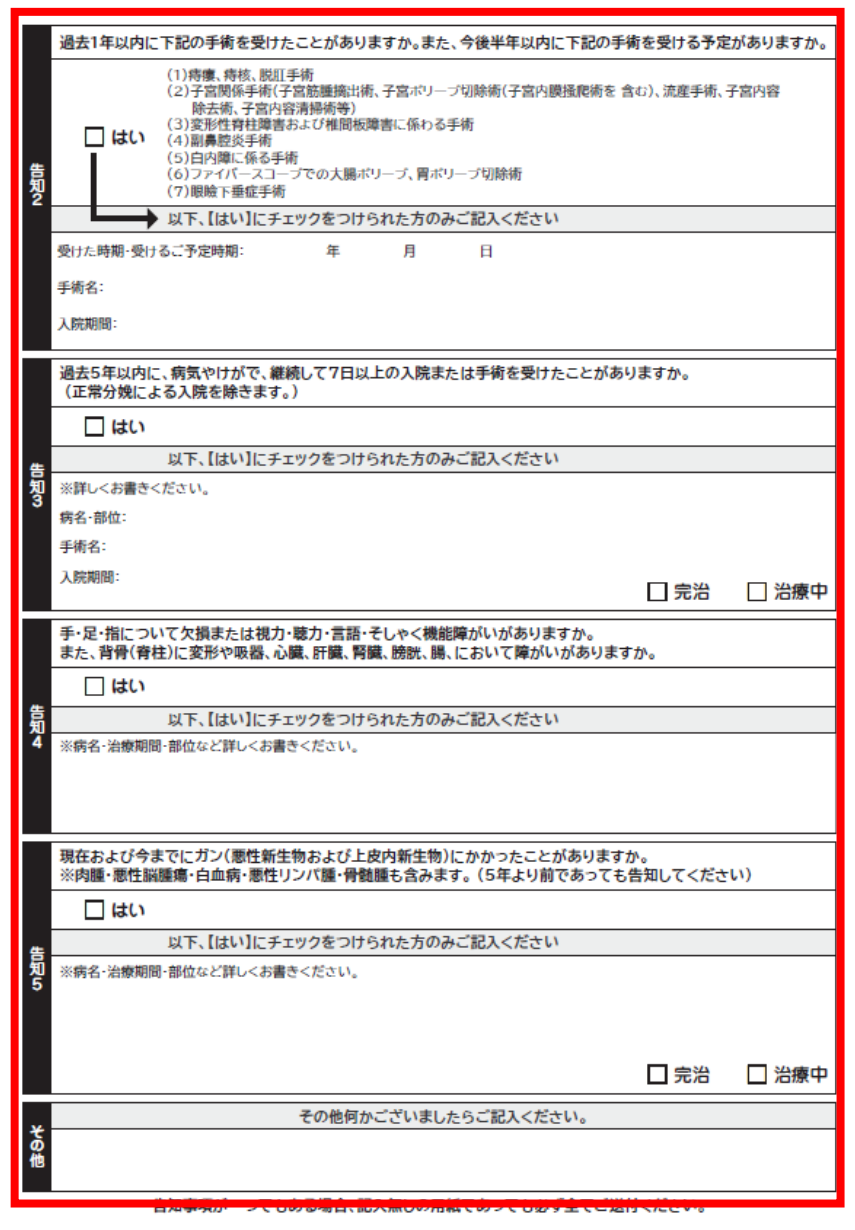
お申込を希望しているプランにレ点チェック

共済契約をお申込されるご本人様の氏名
会員登録書に記載されたID番号
その他個人情報を入力

あなたを紹介した代理店氏名と
ID番号・携帯番号

【告知欄】
告知の質問欄をよく読み当てはまる方は
チェック欄【☐はい】にチェックを入れ
病状・治療期間・部位など
該当する内容を全てご記入下さい
「はい」に該当しないものは未記入

スマイル共済事前告知書　記入方法



告知2

過去1年以内に下記の手術を受けたことがありますか。また、今後半年以内に下記の手術を受ける予定がありますか。

☐ はい

(1)痔瘻、痔核、脱肛手術
(2)子宮関係手術(子宮筋腫摘出術、子宮ポリープ切除術(子宮内膜掻爬術を 含む)、流産手術、子宮内容除去術、子宮内容清掃術等)
(3)変形性脊柱障害および椎間板障害に係わる手術
(4)副鼻腔炎手術
(5)白内障に係る手術
(6)ファイバースコープでの大腸ポリープ、胃ポリープ切除術
(7)眼瞼下垂症手術

以下、【はい】にチェックをつけられた方のみご記入ください

受けた時期・受けるご予定時期:　　年　　月　　日

手術名:

入院期間:

告知3

過去5年以内に、病気やけがで、継続して7日以上の入院または手術を受けたことがありますか。
(正常分娩による入院を除きます。)

☐ はい

以下、【はい】にチェックをつけられた方のみご記入ください

※詳しくお書きください。

病名・部位:

手術名:

入院期間:

☐ 完治　☐ 治療中

告知4

手・足・指について欠損または視力・聴力・言語・そしゃく機能障がいがありますか。
また、背骨(脊柱)に変形や吸器、心臓、肝臓、腎臓、膀胱、腸、において障がいがありますか。

☐ はい

以下、【はい】にチェックをつけられた方のみご記入ください

※病名・治療期間・部位など詳しくお書きください。

告知5

現在および今までにガン(悪性新生物および上皮内新生物)にかかったことがありますか。
※肉腫・悪性脳腫瘍・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫も含みます。(5年より前であっても告知してください)

☐ はい

以下、【はい】にチェックをつけられた方のみご記入ください

※病名・治療期間・部位など詳しくお書きください。

☐ 完治　☐ 治療中

その他

その他何かございましたらご記入ください。

裏面

【告知欄】
告知の質問欄をよく読み当てはまる方は
チェック欄【☐はい】にチェックを入れ
病状・治療期間・部位など
該当する内容を全てご記入下さい

「はい」に該当しないものは未記入

損害共済加入申込書　記入方法

A3の見開き用紙(両面)

ビュッフェ１０商品全てお申込可能

表面３商品

株式会社 Next Aid 損害共済加入申込書

カスタマーセンター TEL.075-223-8350 〒604-8171 京都市中京区烏丸通御池 566-1 井門明治安田生命ビル4F

FAX専用 075-223-4471

メール info@ikiiki-smile-union.org

ご記入後は上記方法または同封の返信用封筒にてご申請ください

私は、いきいきスマイル労働組合の設立の趣旨に賛同し、加入を申込みます。また「いきいきスマイル労働組合総合約款」を理解・確認し、契約内容に同意します。

申込者	
フリガナ	
氏名	
IDNo.	※別紙「会員登録申請書」に記載されている数字をお書きください。

※以下の注意点をご確認のうえ、同意し申込ください※
- ●いきいきスマイル労働組合への加入に際し（初回決済）【入会費：550円・年会組合費：1,100円】が必要です。
- ●本書への記入は被共済者様ご自身で行ってください。
- ●初月掛金は無料です。
- ●毎月の決済日は14日です。
- ●解約についてはWEBマイページから行ってください。
- ●保障開始はご登録の翌日0時からです。申込事項や提出書面に不備がある場合などはその限りではありません。

▼月額 1,000円の商品▼

車両補償共済『安全運TEN』

【お申し込み上限】● 1名義につき5台まで　●1台につき2口まで
【提出書類】　各申込車両の車検書のコピーを必ず一緒にご提出（同封）ください。
※法人名義の車両は掛金は 2,000 円です
※個人使用であっても運送業など黒ナンバーや緑ナンバーの方は法人使用を選択ください。

	使用者名義（車検証に記載されている使用者名をお書きください）		車体番号（車検証に記載されている車体番号をお書きください）	ナンバー（0を入れて4桁にしてください）	メーカー／車名（カタカナ）
1台目 口数 1 2		個人 法人			
2台目 口数 1 2		個人 法人			
3台目 口数 1 2		個人 法人			
4台目 口数 1 2		個人 法人			
5台目 口数 1 2		個人 法人			

▼月額 1,000円の商品▼

ペット保障共済『わんにゃんスマイル』

【お申し込み上限】●1名義につき５匹まで　●1匹につき2口まで
【提出書類】　年齢が証明できるもの（血統書・ワクチン接種証明書・医師の診断書など）のコピーをご提出（同封）ください。

	犬種／猫種	年齢	性別	ペットのお名前
1匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
2匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
3匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
4匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
5匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			

火災風水害地震補償共済『備えあれば憂いなし』

【お申し込み上限】● 1名義につき5申込まで　●1申込につき2口まで
※住宅以外（テナント・事務所・工場・施設等）の掛金は 2,000 円です。

	種別	築年数	建築構造
1申込 口数 1 2	住宅　住宅以外	年	木造　鉄筋（RC）　鉄骨（S）　鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
2申込 口数 1 2	住宅　住宅以外	年	木造　鉄筋（RC）　鉄骨（S）　鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
3申込 口数 1 2	住宅　住宅以外	年	木造　鉄筋（RC）　鉄骨（S）　鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
4申込 口数 1 2	住宅　住宅以外	年	木造　鉄筋（RC）　鉄骨（S）　鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
5申込 口数 1 2	住宅　住宅以外	年	木造　鉄筋（RC）　鉄骨（S）　鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		

裏面７商品

申込者		
フリガナ		IDNo. ※別紙「会員登録申請書」に記載されている数字をお書きください。 P
氏名		

▼月額 1,000円の商品▼

弁護士補償共済『アラソワーズ』

【お申し込み上限】　1名義につき個人と法人各2口まで
【提出書類】　法人申込の場合登記簿謄本のコピーをご提出（同封）ください。
※法人特約の掛金は 2,000 円です。

個人	口数 1 2	法人	口数 1 2	法人名（法人お申込みの場合のみ）

通院保障共済『ずっとスマイル』

【お申し込み上限】　1名義につき2口まで

口数 1 2　確認事項：現在ケガによる通院はしていません。またその予定はありません。　☐ はい

障がい者保障共済『あなたと共に』

【お申し込み上限】　1名義につき2口まで
【提出書類】　症状を判断できるものの　コピーをご提出（同封）ください。（例：障がい者手帳・診断書・その他証明書等）

口数 1 2

携行品補償／生活賠償共済『スマイルアシスト』

【お申し込み上限】　1名義につき2口まで

口数 1 2

お問い合わせ窓口
- ●お電話：075-223-4470（カスタマーセンター）
- ●メール：info@ikiiki-smile-union.org

▼月額 500円の商品▼

スマホ端末補償共済『スマスマ』

【お申し込み上限】　● 1名義につき5申込まで　● 1申込につき３端末まで　● 1申込につき1口まで
【提出書類】　1端末につき、画面割れなどが確認できる端末本体の画像を前面・背面（計2枚）撮影し、ご提出（同封）ください。

1申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
2申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
3申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
4申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
5申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）

コロナ入院保障共済『スマコロ』

【お申し込み上限】　一名義につき2口まで
確認事項：申込時点でコロナ陽性です。また発熱症状、嗅覚症状など感染を疑う症状もありません。
☐ はい

口数 1 2

ゴルフ傷害補償共済『スマゴル』

【お申し込み上限】　一名義につき2口まで
【提出書類】ゴルフ用品一式の画像をご提出（同封）ください。

口数 1 2

合計金額　　円

損害共済加入申込書　記入方法

株式会社 Next Aid 損害共済加入申込書

カスタマーセンター

町566-1井門明治安田生命ビル4F

FAX番号 075-223-4471

メール info@ikiiki-smile-union.org

ご記入後は上記方法または同封の返信用封筒にてご申請ください

私は、いき　　旨に賛同し、加入を申込みま　　合総合約款」を理解・確認し、契

お名前・会員登録申請書に記載しているPから始まるID番号を記入

申請者		
	フリガナ	
	氏名	
	IDNo.	※別紙「会員登録申請書」に記載されている数字をお書きください。

※以下の注意点をご確認のうえ、同意し申込ください※

- いきいきスマイル労働組合への加入に際し（初回決済）【入会費：550円・年会組合費：1,100円】が必要です。
- 本書への記入は被共済者様ご自身で行ってください。
- 初月掛金は無料です。
- 毎月の決済日は14日です。
- 解約についてはWEBマイページから行ってください。
- 保障開始はご登録の翌日0時からです。申込事項や提出書面に不備がある場合などはその限りではありません。

損害共済加入申込書　記入方法

チェックボックスにレ点

１口か２口を選択

使用者名義
個人か法人

車検証の
車体番号

ナンバー
メーカー

▼月額 1,000円の商品▼

	使用者名義（車検証に記載されている使用者名をお書きください）		車体番号（車検証に記載されている車体番号をお書きください）	ナンバー（0を入れて4桁にしてください）	メーカー／車名（カタカナ）
1台目 口数 1 2		個人 法人			
2台目 口数 1 2					
3台目 口数 1 2					
4台目 口数 1 2					
5台目 口数 1 2		個人 法人			

１名義につき５台までお申込可能
１台につき２口まで加入可能
車検証の使用者名が法人もしくは
黒・緑ナンバーの車両は法人登録に
なります。

車検証のコピーを必ずご提出(同封)下さい

損害共済加入申込書　記入方法

チェックボックスにレ点

犬種・猫種
例：チワワ

年齢・性別

ペットのお名前

１口か２口
を選択

▼ 月額 1,000円の商品 ▼

	犬種 / 猫種	年齢	性別	ペットのお名前
1匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
2匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
3匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
4匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
5匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			

１名義につき５匹までお申込可能
１匹につき２口まで加入可能

ペットの年齢が証明出来るもの
(血統書・ワクチン接種証明書・
医師の診断書など)のコピーを
ご提出ください

損害共済加入申込書　記入方法

チェックボックスにレ点

住宅or住宅以外
※住宅以外は2,000円

築年数

建築構造の種類

1口か2口
を選択

1申込 口数 1 2	住宅 住宅以外	年	木造 鉄筋（RC） 鉄骨（S） 鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
2申込 口数 1 2	種別	築年数	建築構造
	住宅 住宅以外	年	木造 鉄筋（RC） 鉄骨（S） 鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
3申込 口数 1 2	住宅		鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
4申込 口数 1 2	住宅		鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
5申込 口数 1 2	種別	築年数	建築構造
	住宅 住宅以外	年	木造 鉄筋（RC） 鉄骨（S） 鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		

１名義につき５建造物までお申込可能
１申込につき２口まで加入可能

会員登録名義が個人・法人に関わらず
住居も住居以外もどちらでもご加入
頂けます

損害共済加入申込書　記入方法

A3の見開き用紙

ビュッフェ１０商品全てお申込可能

表面３商品

株式会社 Next Aid 損害共済加入申込書

カスタマーセンター TEL.075-223-8350 〒604-8171 京都市中京区烏丸通御池 566-1 井門明治安田生命ビル4F

FAX専用 075-223-4471

メール info@ikiiki-smile-union.org

ご記入後は上記方法または同封の返信用封筒にてご申請ください

私は、いきいきスマイル労働組合の設立の趣旨に賛同し、加入を申込みます。また「いきいきスマイル労働組合総合約款」を理解・確認し、契約内容に同意します。

申込者		
	フリガナ	
	氏名	
	IDNo.	※別紙「会員登録申請書」に記載されている数字をお書きください。

※以下の注意点をご確認のうえ、同意し申込ください※
- ●いきいきスマイル労働組合への加入に際し（初回決済）【入会費：550円・年会組合費：1,100円】が必要です。
- ●本書への記入は被共済者様ご自身で行ってください。
- ●初月掛金は無料です。
- ●毎月の決済日は14日です。
- ●解約についてはWEBマイページから行ってください。
- ●保障開始はご登録の翌日0時からです。申込事項や提出書面に不備がある場合などはその限りではありません。

▼ 月額 1,000円の商品 ▼

車両補償共済『安全運TEN』

【お申し込み上限】● 1名義につき5台まで　●1台につき2口まで
【提出書類】　各申込車両の車検書のコピーを必ず一緒にご提出（同封）ください。
※法人名義の車両は掛金は 2,000 円です
※個人使用であっても運送業など黒ナンバーや緑ナンバーの方は法人使用を選択ください。

	使用者名義（車検証に記載されている使用者名をお書きください）		車体番号（車検証に記載されている車体番号をお書きください）	ナンバー（0を入れて4桁にしてください）	メーカー／車名（カタカナ）
1台目 口数 1 2		個人 法人			
2台目 口数 1 2		個人 法人			
3台目 口数 1 2		個人 法人			
4台目 口数 1 2		個人 法人			
5台目 口数 1 2		個人 法人			

▼ 月額 1,000円の商品 ▼

ペット保障共済『わんにゃんスマイル』

【お申し込み上限】●1名義につき５匹まで　●1匹につき2口まで
【提出書類】　年齢が証明できるもの（血統書・ワクチン接種証明書・医師の診断書など）のコピーをご提出（同封）ください。

	犬種／猫種	年齢	性別	ペットのお名前
1匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
2匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
3匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
4匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			
5匹目 口数 1 2				
	健康状態告知欄			

火災風水害地震補償共済『備えあれば憂いなし』

【お申し込み上限】● 1名義につき5申込まで　●1申込につき2口まで
※住宅以外（テナント・事務所・工場・施設等）の掛金は 2,000 円です。

	種別	築年数	建築構造
1申込 口数 1 2	住宅　住宅以外	年	木造　鉄筋（RC）　鉄骨（S）　鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
2申込 口数 1 2	住宅　住宅以外	年	木造　鉄筋（RC）　鉄骨（S）　鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
3申込 口数 1 2	住宅　住宅以外	年	木造　鉄筋（RC）　鉄骨（S）　鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
4申込 口数 1 2	住宅　住宅以外	年	木造　鉄筋（RC）　鉄骨（S）　鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		
5申込 口数 1 2	住宅　住宅以外	年	木造　鉄筋（RC）　鉄骨（S）　鉄筋／鉄骨（RSC）
	住所 〒		

裏面７商品

申込者		
	フリガナ	
	氏名	
	IDNo.	※別紙「会員登録申請書」に記載されている数字をお書きください。 P

▼ 月額 1,000円の商品 ▼

弁護士補償共済『アラソワーズ』

【お申し込み上限】　1名義につき個人と法人各2口まで
【提出書類】　法人申込の場合登記簿謄本のコピーをご提出（同封）ください。
※法人特約の掛金は 2,000 円です。

個人	口数 1 2	法人	口数 1 2	法人名（法人お申込みの場合のみ）

通院保障共済『ずっとスマイル』

【お申し込み上限】　1名義につき2口まで

口数 1 2　確認事項：現在ケガによる通院はしていません。またその予定はありません。　☐ はい

障がい者保障共済『あなたと共に』

【お申し込み上限】　1名義につき2口まで
【提出書類】　症状を判断できるものの　コピーをご提出（同封）ください。（例：障がい者手帳・診断書・その他証明書等）

口数 1 2

携行品補償／生活賠償共済『スマイルアシスト』

【お申し込み上限】　1名義につき2口まで

口数 1 2

お問い合わせ窓口	●お電話：075-223-4470（カスタマーセンター） ●メール：info@ikiiki-smile-union.org

▼ 月額 500円の商品 ▼

スマホ端末補償共済『スマスマ』

【お申し込み上限】　● 1名義につき5申込まで　● 1申込につき３端末まで
● 1申込につき1口まで
【提出書類】　1端末につき、画面割れなどが確認できる端末本体の画像を前面・背面（計2枚）撮影し、ご提出（同封）ください。

1申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
2申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
3申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
4申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
5申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）

コロナ入院保障共済『スマコロ』

【お申し込み上限】　一名義につき2口まで
確認事項：申込時点でコロナ陽性です。また発熱症状、嗅覚症状など感染を疑う症状もありません。
☐ はい

口数 1 2

ゴルフ傷害補償共済『スマゴル』

【お申し込み上限】　一名義につき2口まで
【提出書類】ゴルフ用品一式の画像をご提出（同封）ください。

口数 1 2

合計金額　　円

損害共済加入申込書　記入方法

お名前・フリガナを記入

会員登録申請書に記載されているPから始まるID番号を記入

加入したい商品のチェックボックスにチェックを入れて下さい。

個人・法人を選択し口数に〇
法人登録の方は法人名を記入

確認事項を読み『はい』にチェック

１口か２口の口数を選択

障がい者手帳・診断書・その他の証明書のコピーが必要

１口か２口の口数を選択

１口か２口の口数を選択

申請者	フリガナ		IDNo.	※別紙「会員登録申請書」に記載されている数字をお書きください。 P
	氏名			

☐ 弁護士補償共済『アラソワーズ』	【お申し込み上限】 1名義につき個人と法人各2口まで 【提出書類】 法人申込の場合登記簿謄本のコピーをご提出（同封）ください。 ※法人特約の掛金は2,000円です。			
個人	口数 1 2	法人	口数 1 2	法人名（法人お申込みの場合のみ）

☐ 通院保障共済『ずっとスマイル』	【お申し込み上限】 1名義につき2口まで
口数 1 2	確認事項：現在ケガによる通院はしていません。またその予定はありません。 ☐ はい

☐ 障がい者保障共済『あなたと共に』	【お申し込み上限】 1名義につき2口まで 【提出書類】 症状を判断できるものの　コピーをご提出（同封）ください。 （例：障がい者手帳・診断書・その他証明書等）
口数 1 2	

☐ 携行品補償／生活賠償共済『スマイルアシスト』	【お申し込み上限】 1名義につき2口まで
口数 1 2	

損害共済加入申込書　記入方法

加入したい商品のチェックボックスにレ点を入れて下さい

加入したい
口数に〇

スマホ端末補償共済
『スマスマ』

【お申し込み上限】 ● 1名義につき5申込まで ● 1申込につき３端末まで
● 1申込につき1口まで

【提出書類】 1端末につき、画面割れなどが確認できる端末本体の画像を前面・背面（計2枚）撮影し、ご提出（同封）ください。

端末のIMEI番号を
3台まで記入可能
（※＃06＃で表示）

端末名を記入
例：iPhone11
Xperia 5

スマスマは
１口のみ

1申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
2申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
3申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
4申込 口数 1	主端末（IMEI番号）		主端末（端末名）
	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）
5申込 口数 1	副端末①（IMEI番号）		副端末①（端末名）
	副端末②（IMEI番号）		副端末②（端末名）

１名義につき５申込までお申込可能
１申込につき３端末まで

コロナ入院保障共済
『スマコロ』

【お申し込み上限】 一
確認事項：申込時点で
嗅覚症状が
☐ はい

確認事項を読み
『はい』にチェック

口数 1 2

ゴルフ傷害補償共済
『スマゴル』

【お
【提出

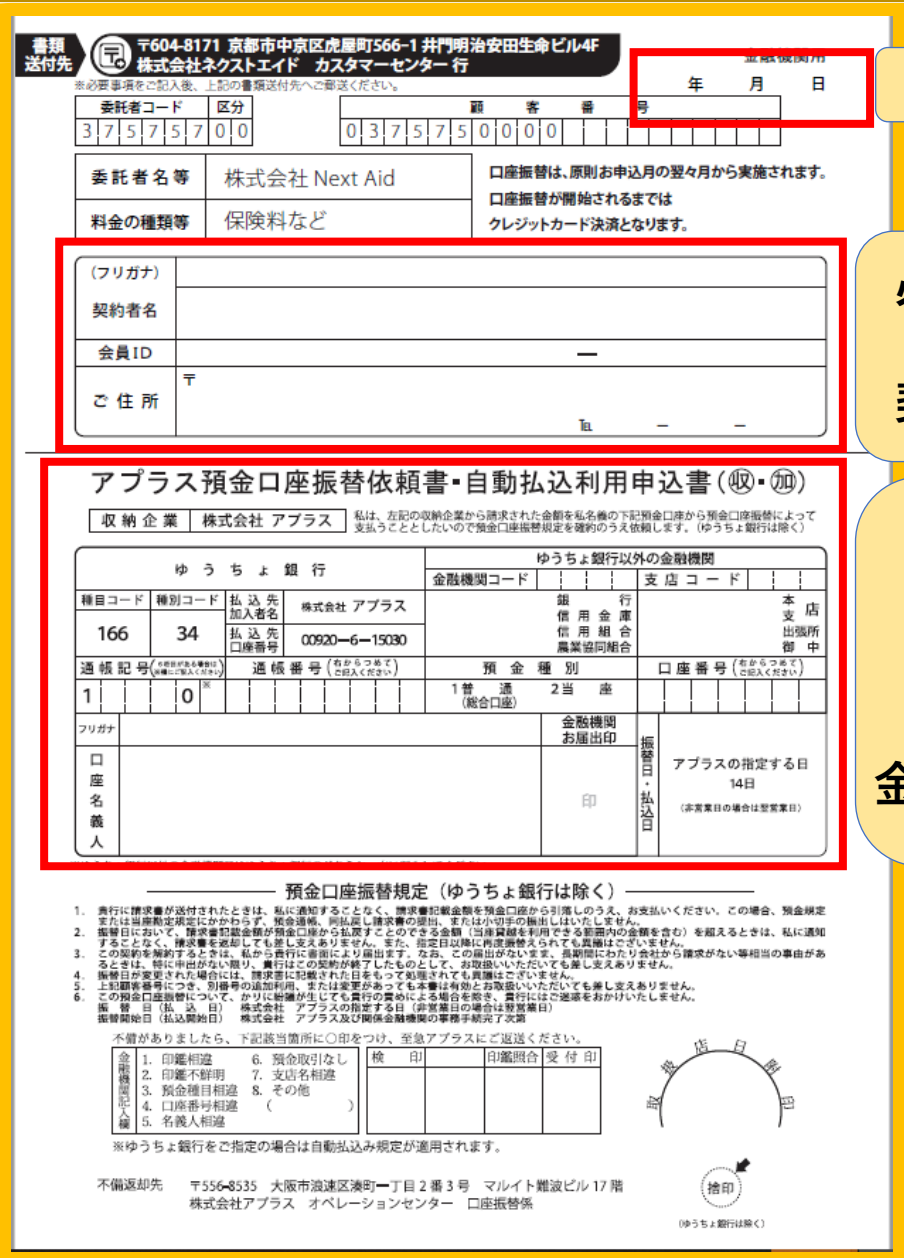
ゴルフ用品一式の画像
をプリントアウトして同梱

口数 1 2

合計金額　　円

最後に１０商品の共済掛金のみを計算して記入
※注意：組合の入会金・年会費は含めない

口座振替依頼書　記入方法



書類送付先　〒604-8171 京都市中京区虎屋町566-1 井門明治安田生命ビル4F 株式会社ネクストエイド　カスタマーセンター 行

※必要事項をご記入後、上記の書類送付先へご郵送ください。

金融機関用　年　月　日

委託者コード	区分	顧客番号
3 7 5 7 5 7	0 0	0 3 7 5 7 5 0 0 0 0

委託者名等	株式会社 Next Aid
料金の種類等	保険料など

口座振替は、原則お申込月の翌々月から実施されます。
口座振替が開始されるまでは
クレジットカード決済となります。

(フリガナ) 契約者名	
会員ID	―
ご住所	〒 TEL ― ―

アプラス預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収・加)

収納企業　株式会社 アプラス　私は、左記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。(ゆうちょ銀行は除く)

ゆうちょ銀行				ゆうちょ銀行以外の金融機関	
				金融機関コード	支店コード
種目コード	種別コード	払込先加入者名	株式会社 アプラス	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所 御中
166	34	払込先口座番号	00920―6―15030		
通帳記号	通帳番号	預金種別	口座番号		
1 0		1普通(総合口座) 2当座			

フリガナ		金融機関お届出印	振替日・払込日
口座名義人		印	アプラスの指定する日 14日 (非営業日の場合は翌営業日)

預金口座振替規定(ゆうちょ銀行は除く)

1. 貴行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、お支払いください。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、同払戻し請求書の提出、または小切手の振出しはいたしません。
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)を超えるときは、私に通知することなく、請求書を返却しても差し支えありません。また、指定日以降に再度振替えられても異議はございません。
3. この契約を解約するときは、私から貴行に直接により届出ます。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、特に申出がない限り、貴行はこの契約が終了したものとして、お取扱いいただいても異議はございません。
4. 振替日が変更された場合には、請求書に記載された日をもって処理されても異議はございません。
5. 上記顧客番号につき、別番号の追加利用、または変更があっても本書は有効とお取扱いいただいても差し支えありません。
6. 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、貴行にはご迷惑をおかけいたしません。

振替日(払込日)　株式会社　アプラスの指定する日(非営業日の場合は翌営業日)
振替開始日(払込開始日)　株式会社　アプラス及び関係金融機関の事務手続完了次第

不備がありましたら、下記該当箇所に○印をつけ、至急アプラスにご返送ください。

金融機関記入欄			検印		印鑑照合	受付印
	1. 印鑑相違	6. 預金取引なし				
	2. 印鑑不鮮明	7. 支店名相違				
	3. 預金種目相違	8. その他				
	4. 口座番号相違	( )				
	5. 名義人相違					

※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。

取扱店日附印

不備返却先　〒556-8535 大阪市浪速区湊町一丁目2番3号 マルイト難波ビル17階
株式会社アプラス　オペレーションセンター　口座振替係

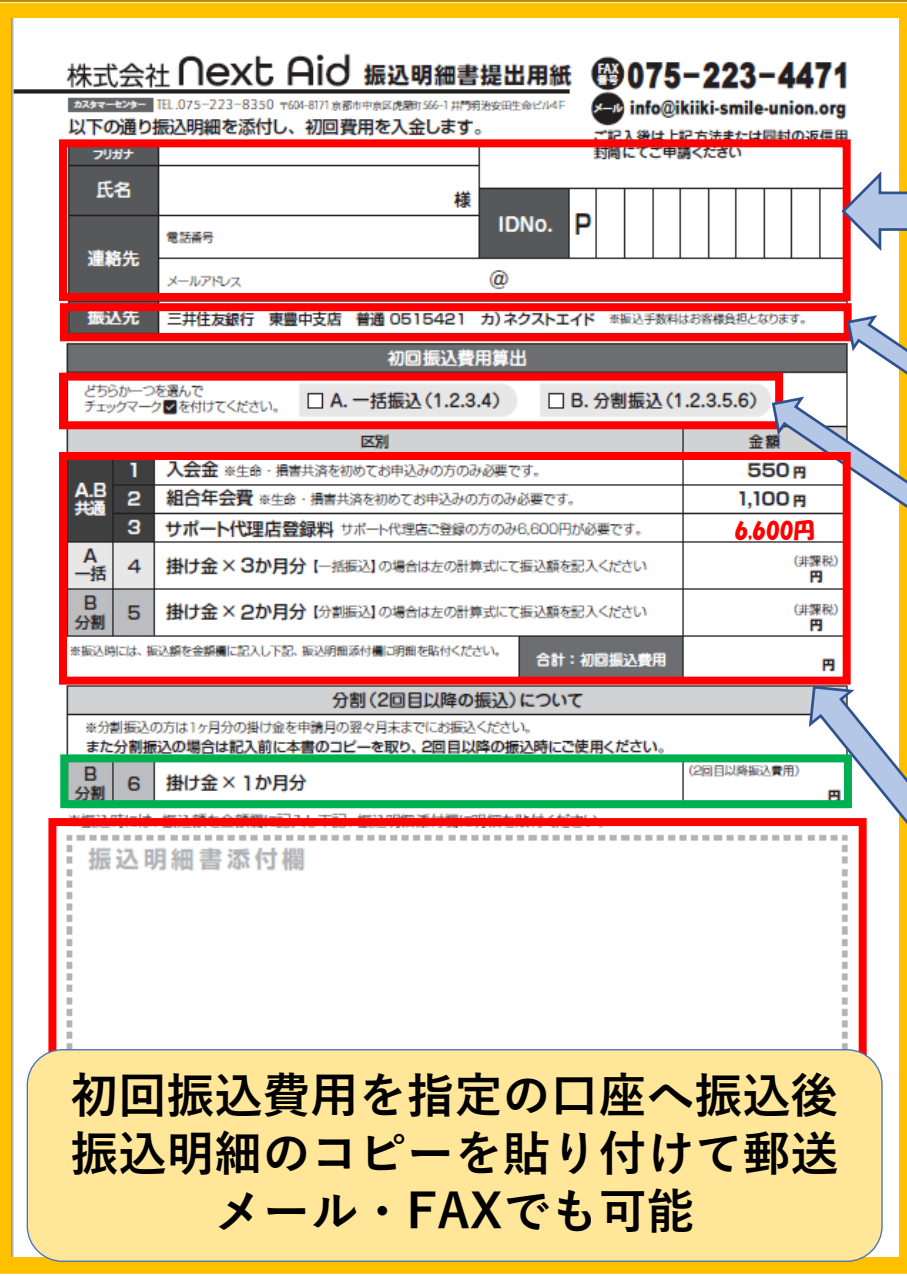
捨印
(ゆうちょ銀行は除く)

記入する日付を記入

必ず契約者様ご本人のお名前を記入して下さい
会員IDは会員登録申請書に記載のIDを記入
契約者の方が現在居住している住所・電話番号

「ゆうちょ」もしくは
「ゆうちょ以外」の金融機関をご記入下さい。
口座名義人は<u>必ず共済契約者と同一</u>で
あること。
金融機関お届け印は必ず忘れずに押印下さい。

振込明細書提出用紙　記入方法



株式会社 Next Aid 振込明細書提出用紙　FAX 075-223-4471

カスタマーセンター TEL.075-223-8350 〒604-8171 京都市中京区虎屋町 566-1 井門明治安田生命ビル4F　メール info@ikiiki-smile-union.org

以下の通り振込明細を添付し、初回費用を入金します。

ご記入後は上記方法または同封の返信用封筒にてご申請ください

フリガナ			
氏名	様	IDNo.	P
連絡先	電話番号		
	メールアドレス	@	

振込先	三井住友銀行　東豊中支店　普通 0515421　カ）ネクストエイド　※振込手数料はお客様負担となります。

初回振込費用算出

どちらか一つを選んで チェックマーク☑を付けてください。　☐ A. 一括振込（1.2.3.4）　☐ B. 分割振込（1.2.3.5.6）

		区別	金額
A.B 共通	1	入会金 ※生命・損害共済を初めてお申込みの方のみ必要です。	550円
	2	組合年会費 ※生命・損害共済を初めてお申込みの方のみ必要です。	1,100円
	3	サポート代理店登録料 サポート代理店ご登録の方のみ6,600円が必要です。	6,600円
A 一括	4	掛け金×3か月分【一括振込】の場合は左の計算式にて振込額を記入ください	（非課税）円
B 分割	5	掛け金×2か月分【分割振込】の場合は左の計算式にて振込額を記入ください	（非課税）円
※振込時には、振込額を金額欄に記入し下記、振込明細添付欄に明細を貼付ください。		合計：初回振込費用	円

分割（2回目以降の振込）について

※分割振込の方は1ヶ月分の掛け金を申請月の翌々月末までにお振込ください。
また分割振込の場合は記入前に本書のコピーを取り、2回目以降の振込時にご使用ください。

B 分割	6	掛け金×1か月分	（2回目以降振込費用）円

振込明細書添付欄

必ず契約者名とお振込みの氏名は同一の氏名で
会員IDは会員登録申請書に記載のIDを記入
携帯番号・契約者のメールアドレスを記入

初回振込費用の振込先
振込名は必ず契約者様名義でお振込み

一括振込か分割振込を選択
一括振込は共済掛金３か月分
分割振込は共済掛金２か月分をお振込み
分割振込を選択した場合は翌々月末までに
残り１カ月分をお支払い

組合入会金550円＋年会費1,100円＝1,650円
サポート代理店登録の方は＋6,600円
＋
一括振込：共済掛金３か月分
分割振込：共済掛金２か月分
初回振込費用

初回振込費用を指定の口座へ振込後
振込明細のコピーを貼り付けて郵送
メール・FAXでも可能

いきいきスマイル共済 申込キット 概要説明書

いきいきスマイル共済
Smile fraternal insurance

いきいきスマイル共済 申込キット

このキットでは口座振替のお支払い方法にて以下のサービスをお申し込みいただけます。

生命共済　損害共済　サポート代理店

このキットに入っているもの

【パンフレット・資料】

- ▶ 生命共済商品見開きパンフレット
- ▶ 日常生活トラブル見舞金『ビュッフェスタイル』見開きパンフレット
- ▶ 注意喚起情報ご案内書（本書裏面）

【申請書類　ご提出が必要なもの】

みなさまご提出が必要な書面

- ● 株式会社 NextAid 会員登録申請書
- ● 口座振替依頼書
- ● 振込明細提出書

必要な方のみご提出が必要な書面

- □ 生命共済お申込書
- □ 損害共済お申込書
- □ 事前告知依頼書

ご申請方法

※口座振替依頼書は【原本提出】が必要な為、ご申請方法は郵送のみです。

ファックス　FAX番号 075-223-8351

郵　送　カスタマーセンター　〒604-8171 京都府京都市中京区虎屋町566-1 井門明治安田生命ビル4F

※同封の返信用封筒をご使用ください

注意喚起事項 ご案内書

ご契約について

- ●お申込と入金確認がなされた日の翌日0時から保障（補償）が開始されます。この日を責任開始日といいます。
  また、責任開始日の翌月1日を契約日とし、毎年の契約日に契約が更新されます。
  （告知内容の可否や、申込事項に不備が有る場合はこの限りではありません。）
- ●責任開始日より前に発生した事由はご請求いただけません。
- ●各商品によって『お支払い出来ない場合』や『免責期間』などがございます。生命・損害共済の総合約款を必ずご確認、ご理解のうえお申込みください。
- ●お申込から約1か月以内に「加入証書（証券）」を郵送にてお送りいたします。

共済掛金の決済について（ご申請から初回決済までの流れ）

❶ご申請月（※1. 申込費用振込支払）→ ❷翌月 → ❸翌々月 → ❹翌々々月（※2. 初回決済）→ ❺翌々々々月

※1. 申込費用振込み支払について（提出書面の提出から1週間以内に以下の申込費用をお振込みください）

★入会金 550円
★組合年会費 1,150円
合計 1,650円
＋ 申込商品の掛金（生命共済　損害共済　×3か月分（❶❷❸））
＝ 申込費用（初回振込金額）

※2. 初回決済日：❹月の14日（金融機関が休み場合は翌営業日に決済致します）

- ●決済内容：❺月の掛け金（❶ご申請月掛金は無料です。初回決済以降は翌月掛金を当月決済致します。）
- ●申請書と入金の両方が確認できた日の翌日0時より責任開始がされます
- ●書面不備等で手続きに時間がかかる場合、上記内容より期間が超過する場合がございます
- **●サポート代理店登録をされる方は登録料として上記に追加6,600円のお支払いが必要です。**
- ●入会金は初回のみの決済です。組合年会費は毎年の契約日に自動決済されます。
- ●申込費用振込み支払は、初回2ヶ月分の共済掛け金のお支払いのみでもご申請が可能です。
  その場合、残り1ヶ月分の掛け金を必ず❸の月末までに追加でお振込みください。

共済金のご請求について

STEP 01　請求のご連絡

カスタマーセンターまでお電話もしくはメールにて、共済金請求の旨をご連絡ください。
以下のような内容をお伺いしますので、あらかじめご確認のうえご連絡ください。

共済金請求に必要な項目		
お名前／ID		被共済者様のお名前・会員 ID をお調べし、ご案内します。 会員IDがご不明な場合は、生年月日などをお伺いします。
詳細内容	生命共済	初診日や原因、病名、入院に至った経緯、入院状況、手術の有無、手術名・手術番号 など
	損害共済	事故の原因や経緯

STEP 02　請求書類の準備・提出

内容に応じてご請求書類の送付・ご準備いただく書類等のご案内をいたします。郵送にてご提出ください。

STEP 03　査定・お支払

請求書面の受理後、５営業日以内に共済金をお支払いいたします。
（請求内容の確認に時間がかかる場合などは、期限を超過する場合がございます）
お支払いが完了しましたら、お支払いした共済金の詳細内容を記載した「支払明細書」をご送付いたします。

カスタマー情報　　サポートチャット

いきいきスマイル共済 申込キット 概要説明書

ご申請方法

※口座振替依頼書は【原本提出】が必要な為、ご申請方法は郵送のみです。

ファックス FAX番号 **075-223-4471**

メール **info@ikiiki-smile-union.org**

郵　送

カスタマーセンター

〒604-8171 京都府京都市中京区虎屋町566-1
井門明治安田生命ビル4F

※同封の返信用封筒をご使用ください

【郵送】
会員登録申請書・生命共済・損害共済・口座振替・事前告知・振込明細書提出用紙

【FAXもしくはメール】
会員登録申請書・生命共済・損害共済・事前告知・振込明細書提出用紙

＋

【郵送】
口座振替

いきいきスマイル共済 申込キット 概要説明書

注意喚起事項 ご案内書

ご契約について

- お申込と入金確認がなされた日の翌日0時から保障（補償）が開始されます。この日を責任開始日といいます。
  また、責任開始日の翌月1日を契約日とし、毎年の契約日に契約が更新されます。
  （告知内容の可否や、申込事項に不備が有る場合はこの限りではありません。）
- 責任開始日より前に発生した事由はご請求いただけません。
- 各商品によって『お支払い出来ない場合』や『免責期間』などがございます。生命・損害共済の総合約款を必ずご確認、ご理解のうえお申込みください。
- お申込から約1か月以内に「加入証書（証券）」を郵送にてお送りいたします。

共済掛金の決済について（ご申請から初回決済までの流れ）

❶ ご申請月（※1. 申込費用振込支払） → ❷ 翌月 → ❸ 翌々月 → ❹ 翌々々月（※2. 初回決済） → ❺ 翌々々々月

※1. 申込費用振込み支払について（提出書面の提出から1週間以内に以下の申込費用をお振込みください）

★入会金 550円 ★組合年会費 1,150円	合計 1,650円	＋	申込商品の掛金 生命共済　損害共済　×3か月分（❶❷❸）	＝	申込費用 （初回振込金額）

※2. 初回決済日：❹月の14日（金融機関が休み場合は翌営業日に決済致します）

- 決済内容：❹月の掛け金（❶ご申請月掛金は無料です。初回決済以降は翌月
- 申請書と入金の両方が確認できた日の翌日0時より責任開始がされます
- 書面不備等で手続きに時間がかかる場合、上記内容より期間が超過する場合
- **サポート代理店登録をされる方は登録料として上記に追加6,600円のお支**
- 入会金は初回のみの決済です。組合年会費は毎年の契約日に自動決済されます。
- 申込費用振込み支払は、初回2ヶ月分の共済掛け金のお支払いのみでもご申請が可能です。
  その場合、残り1ヶ月分の掛け金を必ず❸の月末までに追加でお振込みください。

責任開始日
証券の発送について

組合入会1,650円
共済掛金３か月分
が必要

振替開始日は
翌翌々月の14日から

申込時の注意点について

【用紙の役割・提出方法について】
①提出方法は複数有るが、FAXやメールに画像添付の場合は画像不鮮明につき再提出となる場合も多いので、鮮明な画像を撮影頂き送付して下さい。
②提出が必要な書類の種別等は、「申込キット表紙」「会員登録申請書」に書いているので良く確認して、不足書類の無いようにご提出ください。
③会員登録がお済みの方→「会員登録申請書のご提出は不要」
会員登録が今からの方→「会員登録申請書のご提出は必須」という認識は必ずお持ちいただくように。（既に会員登録申請書の提出がなく、申込が受理できない例が発生している）
④「会員登録申請書」以外の書面は、【マイページ→ドキュメント】にアップしているので、ご自身で出力して使用する方は「会員登録申請書」のみの購入で組み合わせて使用可能。「登録申請書」には、会員IDが事前付与でナンバリングしているので都度購入が必要。
不慣れなうちはセット購入が簡単でおすすめ。
⑤既に会員登録が済んでいる方において、共済の追加登録をしたい方は「共済申込用紙」のみのご提出で申込が可能。
⑥お申込み書面は、提出前に写メやスキャンなどでデータを残して置くことをおすすめします（控えとして）

申込時の注意点について

⑦会員登録申請書について
・サポート代理店アップグレードは、既存IDを書いての提出で可能。既に記載されているIDは捨て番号となる。（今後の申請書は修正をかけて既存IDの記入欄が作成してあります。）
⑧生命共済申込書について
・告知審査が必要な場合、契約の確定（責任開始日の反映・証券の発送）に時間がかかる場合があります。
特に特別条件付きとなる場合には、特別条件承諾書の送付→承諾の返送と時間がかかってからの確定となります。その場合の責任開始日は、承諾書面の受理日などではなくて、本来の責任開始日（申込+初回入金の両方が確認できた日の翌日）に遡って適用するので、審査や処理に時間が掛かっても焦らなく大丈夫です。その間にもし、請求事由が起こっても契約の確定まで漕ぎ着けば、遡って責任開始するので保障されます。
・契約が確定したら証券が発送される（確定から2～4週間程度で送付）証券が届けば確定となるので目安にしてください。
・もし特別条件を承諾しない場合は、申込の取り下げや返金処理は可能なので安心してお申込ください
⑨口座振替依頼書について
・必ずカスタマーに送付ください。（アプラスに直接送付してしまう人がいます）
⑩お振込みについて
・2か月分・3か月分のどちらのお振込みをされたのか振込明細書に記載。
・振込名は必ずお申込み者のお名前で振込。

その他の注意点について

①モバイルサービス、共済サービス、システム使用料等の支払いをクレジットカード及び口座振替にてお支払い頂いていて、支払いに未納分が発生した場合、必ずカスタマーにメールをして頂いて対処方法を確認してから未納分をお支払い下さい。

②申請書を提出せずに現金だけをお振込みしてくるケースが増えております。本人確認がカスタマーでする事が出来ませんので、必ず振替申請書に振り込んだ明細を貼り付けてメール・FAX・郵送して申請をお忘れなきようお願い致します。

Next Aid

ご清聴ありがとうございました