退職後継続申込書

特別区職員互助組合団体契約保険退職後継続申込書

〔互助控〕

特別区職員互助組合長殿

令和　年　月　日

事業所	区	組合員番号	フリガナ	
	教		氏名	印
退職後の住所等	令和　年　月　日付退職			
	郵便番号 〒　－		郵送先	都道府県
	フリガナ			
	市区町村名		郵送先	町名・番地・号
	1 記入例	千代田区	1 記入例	1－1－1
	フリガナ		電話番号	
	方書（マンション名等）			

私は、特別区職員互助組合団体契約保険を退職後、原則的期間満了まで継続するので継続保険料を添えて申し込みます。

（クレジット保険型当金・療養プラン無事故返れい金に関する確認事項）

私は、事故自己発生保険に加入しない場合は以下の口座、加入する場合は預金口座振替依頼書に記載の保険料支払口座とします。

1　継続する保険・継続期間・継続保険料

継続できる保険は、現在加入している保険です。また、継続できる期間は、どの保険も令和　年8月末日までとなります。

・継続を希望する場合は「申込」欄に○印を、継続を希望しない場合は×印を付けてください。
・傷害金額の保険（グループ保険・三大疾病保険・入院サポート保険・傷害保険）に加入する方は、必ず加入する保険を継続してください。

保険種類	区分		月額保険料	申込○か×か	記入上の注意点	継続保険料	月額
グループ保険	本人		円		グループ保険を継続する方は、配偶者・子どもの申込欄に○を記入してください。		円
	配偶者		円		三大疾病保険を継続する方は、主契約・特約の申込欄に○を記入してください。		円
三大疾病保険	本人	主契約	円		三大疾病保険に配偶者が新規加入する場合は、配偶者の健康状態確認のため、特約欄に○を記入してください。		円
		特約	円				円
	配偶者	主契約	円				円
		特約	円				円
入院サポート保険	本人	主契約	円		加入型や入院日額を変更する場合は、申込コースに○を記入してください。		円
		特約	円				円
	配偶者	主契約	円				円
		特約	円				円
傷害保険	1	本人	円		コース名を記入してください。（個人コース又は家族コースを申込、変更を希望する場合は、申請書プランの欄記入ください。）		円
	2	配偶者	円				円
	3	子ども	円				円
	4	子ども	円				円
	5	子ども	円				円
傷害プラン主契約者プラン	本人		円		団体加入型等から個人型へ傷害プランの移行はできません。		円

継続保険料合計　　円

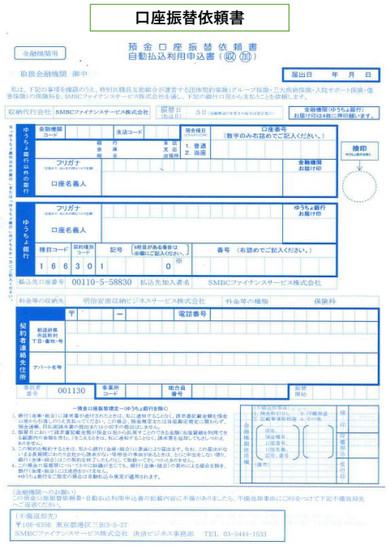
2　グループ保険配当金・療養プラン無事故返れい金選択口座（※支払対象であり、かつ、どの傷害保険等保険にも加入しないかの人記入）

振込口座	金融機関名	銀行	支店	口座番号	普通 当座
	金融機関コード		支店コード		（口座名義人氏名（カタカナ）（姓名の間に1マス空ける））

3　確認事項　＜必ずお読みください＞

・給与関交流で都へ転出する場合は、上記転職の余白に赤字で【移転】と記入してください。
・グループ保険配当金及び療養プラン無事故返れい金支払時期について、かつ、どの傷害保険等保険にも加入しない方は必ず口座情報を記入してください。記入のない場合、振り込みができない場合があります。※ゆうこま入会者の口座も記入してください。
・団体加入型入院サポート保険等の途中加入は、原則的期間等の途中加入はできません。
・一時払退職後継続保険に加入する方はグループ保険、個人脱退三大疾病保険に加入する方は三大疾病保険の継続が必要です。

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（収納）

金融機関用

取扱金融機関　御中　　届出日　年　月　日

私は、下記の事項を確認の上、特別区職員互助組合が運営する団体契約保険（グループ保険・三大疾病保険・入院サポート保険・傷害保険）の保険料を、SMBCファイナンスサービス株式会社を通して、下記の銀行口座から支払うことを依頼します。

収納代行会社　SMBCファイナンスサービス株式会社　　振替日　5日（金融機関が休業日の場合は翌営業日）　　※振替開始日は、ご登録後2～3か月後となります。

金融機関コード	支店コード	預金種目	口座番号（数字のみ右詰めでご記入ください。）
		1 普通 2 当座	

フリガナ
口座名義人　　金融機関お届け印

ゆうちょ銀行

フリガナ	ゆうちょ銀行お届け印
口座名義人	

種目コード	店印の種別コード	記号（6桁）	番号（右詰めでご記入ください。）
1 6 6 3 0 1		0	

払込先口座番号　00110-5-58830　払込先加入者名　SMBCファイナンスサービス株式会社

料金等の納入先	明治安田保険代理店	料金等の種別	保険料

契約者の住所

〒　－　　電話番号

フリガナ
契約者名

郵送前表示記名日	郵送区分	組合員番号	登録区分
令和　年　月　日	001130		新規

－預金口座振替標準約款－（ゆうちょ銀行用）

1 銀行（当事）及び（貴）所属代理店（以下「代理店」という。）は、預金者が上記の口座を預金口座振替に関するこの約定書に従って行う預金口座からの定期的な払込みを、預金者から委託を受けて確実に行います。

2 預金者において（貴）所属代理店（以下「代理店」という。）は、預金者が上記の口座を預金口座振替に関するこの約定書に従って行う預金口座からの定期的な払込みを、預金者から委託を受けて確実に行います。

3 この契約の解約または、払込み（振り）込金額の変更については、書面により行います。

4 この契約の解約または、払込み（振り）込金額の変更については、書面により行います。

5 この契約の解約または、払込み（振り）込金額の変更については、書面により行います。

6 この契約の解約または、払込み（振り）込金額の変更については、書面により行います。

7 この契約の解約または、払込み（振り）込金額の変更については、書面により行います。

8 この契約の解約または、払込み（振り）込金額の変更については、書面により行います。

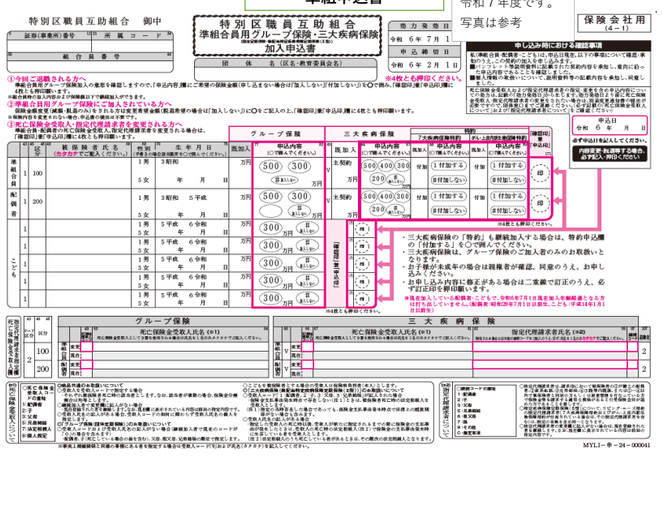
9 この契約の解約または、払込み（振り）込金額の変更については、書面により行います。

10 この契約の解約または、払込み（振り）込金額の変更については、書面により行います。

（金融機関への記載）
この申込みは預金口座振替・自動払込利用申込書の記載内容に不備がありましたら、不備箇所等にご印をつけて下記不備連絡先へご連絡ください。

（不備連絡先）
〒105-6338　東京都港区三田3-5-27
SMBCファイナンスサービス株式会社　法人ビジネス事務部　TEL. 03-5444-1503

準組申込書



令和７年度です。
写真は参考

特別区職員互助組合　御中

特別区職員互助組合
準組合員用グループ保険・三大疾病保険
加入申込書

証券（事業所）番号	所属コード	
組合員番号		

申込時期	
令和６年７月１日	
令和６年２月１日	

団体名（区名・教育委員会名）

保険会社用（4－1）

申し込み時における継続承諾

私（準組合員・配偶者）ごとは、申込日現在、以下の事項について確認・承知のうえ、この保険の加入を申し込みます。
・私（ご本人様）が健康保険組合に届出済みの入院の有無を承知し、虚偽にならないこと。
・私（ご本人様）が健康保険組合に届出済みの入院の有無を承知し、虚偽にならないこと。
重要な情報の告知について、追加保険等の申込の際に告知義務（※）に対応しました。
（※）追加保険等の申込の際に、健康状態等の告知が必要な保険のこと。

私と保険金受取人との関係その他確認事項について、確認するため申込日現在の健康状態について、告知義務（※）に対応しました。
（※）追加保険等の申込の際に、健康状態等の告知が必要な保険のこと。

申込日
令和　６　年　月　日

必ずお読みになってください。
内容変更・追加等で３歳児・お子様入れ対応しています。

①今回ご退職されるかた へ
現在の準組合員グループ保険加入の意思を確認しますので、「申込内容」欄にご希望の保険金額（新しく入るまたは今いる）「付加しない」）を○で囲み、「確認印」欄「申込印」欄に捺印してください。
※最小単位の加入内容および保険金以下で継続加入ができます。

②準組合員継続グループ保険にご加入されているかた へ
保険金額変更（減額・脱退）のみを行われるかは変更希望金額（脱退希望の場合は「加入しない」）に○を○で記入の上、「確認印」欄「申込印」欄に捺印してください。
※当保険内容を変更するかたの場合、申込書の提出は不要です。

③死亡保険金受取人・指定代理請求者を変更されるかた へ
申込書（各保険ごとに）に該当する受取人・指定代理請求者を変更されるかたは、「確認印」欄「申込印」欄に捺印してください。

準組合員	配偶者	こども	年齢	性別	生年月日	脱加入	グループ保険 申込内容（○で囲んでください）	三大疾病保険 脱加入	三大疾病保険 申込内容（○で囲んでください）	特約 「入院特約」「がん上乗せ特約」	申込内容（○で囲んでください）	確認印 申込印
○			1	1 男	3 昭和		500 400 300 万円		500 400 300 万円		1 付加する 2 付加しない	印
				5 女	年　月　日		（基本Lv.） 万円		200 100 万円			
	○		2	1 男	3 昭和 5 平成		500 300 万円		500 300 万円		1 付加する 2 付加しない	印
				5 女	年　月　日		（基本Lv.） 万円		200 100 万円			
		○	1	1	5 平成 6 令和		300 万円		300 万円		1 付加する 2 付加しない	印
				5	年　月　日		（基本Lv.）		（基本Lv.）			
		○	1	1	5 平成 6 令和		300 万円		300 万円		1 付加する 2 付加しない	印
				5	年　月　日		（基本Lv.）		（基本Lv.）			
		○	1	1	5 平成 6 令和		300 万円		300 万円		1 付加する 2 付加しない	印
				5	年　月　日		（基本Lv.）		（基本Lv.）			
		○	1	1	5 平成 6 令和		300 万円		300 万円		1 付加する 2 付加しない	印
				5	年　月　日		（基本Lv.）		（基本Lv.）			

※4枚とも捺印ください。

・三大疾病保険の「特約」も継続加入する場合は、特約申込欄の「付加する」を○で囲んでください。
・三大疾病保険は、グループ保険のご加入者のみのお取扱いとなります。
・お子様が未成年の場合は親権者が確認、同意のうえ、お申し込みください。
・お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂印を押印願います。
※現在加入している保険者ごとで、令和6年7月1日現在加入年齢経過となる方（2月生まれ）でいらっしゃいませんか（制度者・被扶助者7月1日以前生、ご子様14年1月1日以前生）

死亡保険金受取人氏名（※1）				指定代理請求者氏名（※2）			
準組合員	100	本人		本人			2
		配偶者		配偶者			2
	200	本人		本人			2
		配偶者		配偶者			2

MYL1－申－24－000041

加入希望票

令和７年度です。
写真は参考

〔本人控〕・〔事業所控〕が必要な場合は、各々で〔控〕をお取り

特別区職員互助組合　御中

リレー定期保険（生命保険）・個人脱退三大疾病保険（生命保険）
加入希望票

年　月　日

団体定期保険（以下「グループ保険」という。）・集団抜特定疾病保障定期保険（以下「三大疾病保険」という。）を脱退し、取扱保険会社のリレー定期保険・個人脱退三大疾病保険への加入を希望します。（※1）

1　申込者・加入希望保険金額（以下、土木仲内を全てご記入ください）

事業所名	区・教	部　課（学校）　係
組合員番号		
本人	フリガナ	生年月日 （昭和・平成）　年　月　日	性別 男・女
	氏名	
配偶者	フリガナ	生年月日 （昭和・平成）　年　月　日	性別 男・女
	氏名	
住所	〒	電話　職場（　） 自宅（　）

	リレー定期保険（※2）			個人脱退三大疾病保険（※2）		
	グループ保険 現在加入状況	加入希望保険金額	保険料払込方法	三大疾病保険 現在加入状況（主契約）	加入希望保険金額	保険料払込方法
本人	万円	万円	1便組 2新年払 3他金融	万円	万円	1便組 2新年払 3他金融
				1 2 3 4	1 2 3 4	
配偶者	万円	万円	1便組 2新年払 3他金融	万円	万円	1便組 2新年払 3他金融
				1 2 3 4	1 2 3 4	

2　リレー定期保険・個人脱退三大疾病保険加入希望日およびグループ保険・三大疾病保険脱退日

リレー定期保険・個人脱退三大疾病保険加入希望日	グループ保険・三大疾病保険脱退日
申込年の　7月1日	リレー定期保険・個人脱退三大疾病保険加入希望日の前日

【加入にあたっての注意事項】

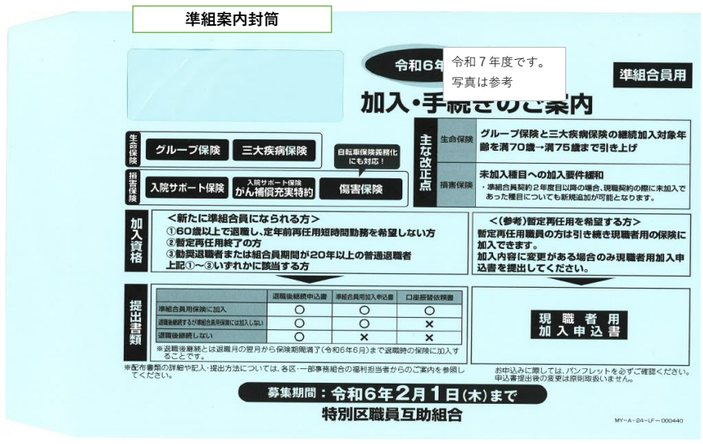
（※1）リレー定期保険・個人脱退三大疾病保険を申し込むとグループ保険・三大疾病保険から自動退となります。なお、組合員（準組合員）本人が申し込んだ場合、配偶者・こどもをグループ保険・三大疾病保険から脱退となります。
（※2）この加入希望票に加入希望の意思確認のためのものです。正規の保険加入申込書ではありません。正規の加入手続きは、保険会社から指定日のひと月前頃にご案内いたします。裏面約款をご確認の上ご申し込みください。

・リレー定期保険の加入保険金額は、グループ保険の脱加入保険金額内で、500万円が限度となります。
・個人脱退三大疾病保険の加入保険金額は、三大疾病保険の脱加入保険金額内で、400万円が限度となります。
・リレー定期保険・個人脱退三大疾病保険は脱した翌月1日からの加入となります。（脱事予定の加入希望者は退職後継続の手続きが必要です。
・告知事項は、「所属」欄には退職時の区、教育委員会名を記入し「組合員番号」欄には、互助組合にご確認ください。
・今後の保険変更等により保険内容（脱保保険を含む）を変更させていただく可能性があります。
・詳細については、パンフレットをご確認ください。

特別区職員互助組合

MY－A－22－LF－000780

準組案内封筒



令和７年度です。
写真は参考

令和6年

準組合員用

加入・手続きのご案内

生命保険　グループ保険　三大疾病保険　自転車保険義務化にも対応！

損害保険　入院サポート保険　入院サポート保険 かん補慨況実特約　傷害保険

主な改正点

生命保険	グループ保険と三大疾病保険の継続加入対象年齢を満70歳→満75歳まで引き上げ
損害保険	未加入種目への加入要件緩和 ・準組合員契約２年度目以降の場合、現職契約の際に未加入であった種目についても新規追加が可能となります。

加入資格

＜新たに準組合員になられる方＞
①60歳以上で退職し、定年前再任用短時間勤務を希望しない方
②暫定再任用終了の方
③勤奨退職者または組合員期間が20年以上の普通退職者
上記①～③いずれかに該当する方

＜(参考)暫定再任用を希望する方＞
暫定再任用職員の方は引き続き現職者用の保険に加入できます。
加入内容に変更がある場合のみ現職者用加入申込書を提出してください。

提出書類

	退職後継続申込書	準組合員用加入申込書	口座振替依頼書
準組合員用保険に加入	○	○	○
退職後継続するが準組合員用保険には加入しない	○	○	×
退職後継続しない	○	×	×

※退職後継続とは退職月の翌月から保険期間満了（令和6年6月）まで退職時の保険に加入することです。

現職者用 加入申込書

※配布書類の詳細や記入・提出方法については、各区・一部事務組合の福利担当者からのご案内を参照してください。

お申込みに際しては、パンフレットを必ずご確認ください。
申込書提出後の変更は原則受付いません。

募集期間：令和6年2月1日（木）まで

特別区職員互助組合

MY－A－24－LF－000440