

104-XXXX

東京都 杉並区 高円寺 〇-〇-〇  
コープマンション101号生協 太郎 様  
生協 花子 様

共済証書作成日 20XX年XX月XX日

契約者顧客番号 99999XXXX

お問い合わせ先  
(コープ共済センター)●共済金のご請求、その他のお問い合わせ・お手続き  
TEL: 0120-16-9431通  
信  
書

●共済証書をお送りしますので、保険内容等をご確認ください。

(9999999) X9999999# 99/99 XXXXXXX

〇〇〇生協

※お名前に印字できない漢字がきまる場合は、替り字またはかなで印字させていただきます。ご了承ください。

※この共済についての重要な事項(共済金をお支払いしない場合等)は、「ご契約のしおり」に記載されていますのでご確認ください。

契約番号

## CO-OP 学生総合共済 共済証書

短期生命共済事業規約・細則および学生総合共済事業規約・細則の内容を契約内容とし、下記契約を承諾します。

契約番号	9999XXXX	加入コース	G1200コース	申込日	20XX年XX月XX日
払込方法	年払	共済掛金	*****円	契約発効日	20XX年XX月XX日
※共済期間は発効日から1年間ですが、更新しない旨の申し出等がない限り、右記の保障終了日まで毎年自動更新 します。ただし、契約の存続が不適当と認められる場合、契約は更新できません。(更新時の共済事業規約・細則 の内容が契約内容となります。自動更新時には本証書の再発行はいたしませんので大切に保管してください。)				保障終了日	20XX年XX月XX日
				卒業予定年月	20XX年XX月
契約者氏名	姓: 生協 花子 様 名: 生協 花子 様	性別	女	生年月日	19XX年XX月XX日
契約者住所	東京都 杉並区 高円寺 〇-〇-〇 コープマンション101号	電話番号	XXXX-XXX-XXXX		
被共済者氏名 (加入者)	姓: 生協 花子 様 名: 生協 花子 様	性別	女	生年月日	19XX年XX月XX日
		発効時年齢	XX歳		
		契約者からみた続柄 本人			
扶養者氏名	姓: 生協 太郎 様 名: 生協 太郎 様	扶養者電話番号	XXXX-XXX-XXXX		
扶養者住所	東京都 杉並区 高円寺 〇-〇-〇 コープマンション101号	被共済者からみた続柄 親			

## 保障内容

## 共済金額

死亡共済金(病氣・事故問わず)	100万円
重度後遺障害共済金(病氣・事故問わず)	最高 600万円
事故死亡共済金	50万円
事故後遺障害共済金(程度に応じて)	最高 600万円
学業復帰支援臨時費用共済金	100万円
病氣入院共済金(1日目から360日分)	日額 10,000円
病氣長期入院共済金(270日以上連続した入院)	60万円
事故入院共済金(1日目から360日分)	日額 10,000円
事故長期入院共済金(270日以上連続した入院)	60万円
事故通院共済金(事故日から180日以内、1日目から90日分)	日額 2,000円
手術共済金(支払対象手術を受けた場合)	50,000円
親扶養者死亡共済金・親扶養者重度障害共済金	50万円
扶養者事故死亡共済金・扶養者事故重度障害共済金	500万円
こころの早期対応保障共済金	10,000円
～以下余白～	

## 死亡共済金受取人指定

指定・変更日: 20XX年XX月XX日

生協 良子 様	続柄: 親	受取割合: 50%
生協 太郎 様	続柄: 親	受取割合: 50%

## 指定代理請求人指定(※)

指定・変更日: 20XX年XX月XX日 続柄: 親  
生協 良子 様

(※)契約者が障害状態等で共済金を請求できない場合に、契約者に代わって共済金をご請求いただけます。詳細はご契約のしおりをご確認ください。

※ご請求の内容によっては共済金をお支払いできない場合や共済金を精算してお支払いする場合がございます。

※手術共済金は、手術の内容によってはお支払いできない場合があります。また、同日に複数の手術を受けた場合、1回分をお支払いします。

## 条件付加入同意書

同意書なし

契約引受団体

全国大学生協共済生活協同組合連合会  
日本コープ共済生活協同組合連合会

証書発行責任団体/

全国大学生協共済生活協同組合連合会

※日本コープ共済生活協同組合連合会に共済証書発行  
をはじめ業務の一部を委託しています。

裏面も必ずご確認ください。

111-0000  
東京都杉並区高円寺南1-1-1

記載事項

作成日 2021年 4月 3日

杉並花子 様

杉並太郎 様

被共済者番号

契約者	契約者氏名 杉並花子 様 契約者住所 東京都杉並区高円寺南1-1-1 契約者または契約者と同一世帯の方の所属する大学生協名
被共済者	被共済者氏名 杉並花子 様 被共済者住所 東京都杉並区高円寺南1-1-1 被共済者生年月日 2000年0月1日 被共済者卒業予定年 2023年 被共済者所属区分 学部生 被共済者の契約者との続柄 被共済者本人
扶養者	扶養者氏名 杉並太郎 様 扶養者住所 東京都杉並区高円寺南1-1-1 扶養者の被共済者との続柄 父

契約者または契約者と同一世帯の方は契約の発効日（共済期間開始日）において所属する生協の組合員でなければ契約は無効となり、共済金のお支払いに支障をきたすことがあります。

生命共済証書

契約締結日 2019年 1月21日  
被共済者番号 202010601234号

生命共済掛金領収日	支払方法	共済掛金額
2021年 3月29日	一括払	14,400 円

生命共済 BF 型	
共済期間	2021年 4月 1日から2022年 3月31日まで
健康に関する質問事項	該当しない

死亡共済金受取人	規約通り
指定代理人請求人	*****

保障・特約		共済金額
基本契約	病気入院保障	日額 10,000 円
	事故入院保障	日額 10,000 円
	事故通院保障	日額 2,000 円
	手術保障	1回につき 5 万円
	特定傷害固定具保障	骨折・脱臼等による固定具の装着 2 万円
	こころの早期対応保障	精神疾患により初めて通院 ※1 10,000 円
	後遺障がい保障	病気重度後遺障がい保障 600 万円まで 事故後遺障がい保障 100 万円 学業復帰支援臨時費用保障 ※2
特約	本人死亡	本人病気・事故・自殺 100 万円
	父母扶養者死亡特約	病気・事故・自殺の場合 20 万円
	学業継続支援特約	扶養者事故死亡 500 万円 扶養者事故重度後遺障がい 500 万円まで 扶養者病氣死亡・自殺 30 万円

※1 1 共済期間1 回のお支払いとなります。 ※2 全共済期間を通して1 回のお支払いとなります。既に4 印が付されたものは、お支払いが完了しております。

記載通り共済契約をお引き受けいたします。

住所氏名はコンピュータ用漢字を使用していますのでご了承ください。  
ご住所お名前が相違していた場合は至急ご連絡ください。  
大学生協 共済・保険課 TEL 0120-335-770

全国大学生協共済生活協同組合連合会  
〒166-0003 東京都杉並区高円寺南1-12-4  
専務理事 佐藤 和之 証書発行地・東京

共済期間は上記の通りですが、継続しない旨の申し出がない限り、本契約は卒業予定年の共済期間満了日まで自動継続します。ただし全国大学生協共済生活協同組合連合会が契約の継続を不適当であると認められた場合を除きます。また、掛金が未払いの場合、契約は失効します。共通記載事項の扶養者氏名、扶養者住所等の情報は、上記契約の共済期間開始日時時点のデータを使用しておりますので、共済期間開始日の翌日以降を発効日とする変更は反映されていませんのでご了承ください。

生命保険料控除証明書 (共済掛金払込証明書)

下記のとおり、生命共済掛金の払込を受けたことを証明します。

契約者氏名 杉並花子 様  
被共済者氏名 杉並花子 様  
被共済者番号 202010601234  
証明日 2021年 4月 3日

共済種類	型	共 済 期 間	払込方法	令和3年度 該当払込金額
生命共済	BF 型	自 2021年 4月 1日 至 2022年 3月31日	全 納	14,400 円
割戻額				*****
一般の生命 保 険 料				2,790 円
介護医療 保 険 料				11,610 円
証明額計				14,400 円

[ご注意]

- ・「証明額」欄の金額は、本年度お支払いいただいた払込金額を表示しています。
- ・この証明については裏面の記載をご参照ください。
- ・「割戻額」欄の金額は、規約に基づく剰余金割戻を行った場合に表示します。

