

2025 年度

5 種版

入会申込書 兼 「Willnext」加入依頼書

<ご 注 意>

- ご記入にあたっては、「記入例」をご参照ください。
- 「医療補償」「がん補償」「団体長期障害所得補償」にご加入の方は、健康状態告知欄へのご回答と署名が必要です。
- 署名欄には、必ず告知日をご記入ください。
- 加入口数もお忘れなくご記入ください。

ご登録住所について

登録いただいたご住所へ大切なお案内をお送りしております。
そのためご住所の変更があった場合は速やかに下記取扱代理店までご連絡ください。
取扱代理店：(株)メディックプランニングオフィス
フリーダイヤル:0120-847861 平日9:00~17:00(土・日・祝日を除く)

WillnextはWEBからすぐにお申込みいただけます！

申込みから決済までWEBで完結！

■お申込み方法

スマートフォンで右記QRコード、または右記URLよりお申込み画面にアクセスいただき、必要事項をご入力の上、お申込みください。

※WEB加入の場合はクレジット決済のみとなります。

スマートフォンや
タブレット等から
お申込みいただけます。



<https://apply.medic-office.jp/entry/GN000/?detail=01>

入会申込書 兼 「Willnext」 加入依頼書

ご加入時の同意
内容について

私（＝被保険者）は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。①私が契約者である企業または団体の構成員であること ②重要事項説明書の内容 ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容 ④重要事項説明書に記載の「個人情報の取扱い」の内容 ⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容

※太枠に必要事項をご記入ください

記入日	西暦	年	月	日	共済会員No.				
フリガナ					生年月日	西暦	年	月	日
加入者（被保険者） 氏名	署名 （自署）				性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女			
	上記「ご加入時の同意内容について」を確認の上、契約者である団体に対して加入を依頼します。 一般社団法人日本看護学校協議会共済会の会員でない場合には、同会に入会することを申し込みます。								
加入者（被保険者） 住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
携帯番号	— — — — —				ご登録の番号に Willnext 事務局より SMS でご連絡する場合があります。携帯電話をお持ちでない場合は、自宅番号をご記入ください。				
所属施設名	TEL (— — — — —)								

このお申し込みに関する お問い合わせ先 ※必ず日中にご連絡が取れる ご連絡先をご記入ください。	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。（「加入者と異なる場合」に <input checked="" type="checkbox"/> を入れた場合は TEL または メールをご記入ください。）								
	<input type="checkbox"/> 加入者と異なる場合（続柄）				TEL — —		<input type="checkbox"/> 加入者ご本人の場合		

※ご加入月に を入れてください。

ご加入日	加入期間	加入書類締切日	掛金の口座振替日
<input type="checkbox"/> 2025年 3月31日午前0時から加入	12ヶ月	2025年 3月25日必着	ご加入月の翌月27日 (27日が休業日の場合は 翌営業日) が引き落とし 日となります。)
<input type="checkbox"/> 2025年 5月 1日午前0時から加入	11ヶ月	2025年 4月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2025年 6月 1日午前0時から加入	10ヶ月	2025年 5月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2025年 7月 1日午前0時から加入	9ヶ月	2025年 6月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2025年 8月 1日午前0時から加入	8ヶ月	2025年 7月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2025年 9月 1日午前0時から加入	7ヶ月	2025年 8月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2025年10月 1日午前0時から加入	6ヶ月	2025年 9月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2025年11月 1日午前0時から加入	5ヶ月	2025年10月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2025年12月 1日午前0時から加入	4ヶ月	2025年11月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2026年 1月 1日午前0時から加入	3ヶ月	2025年12月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2026年 2月 1日午前0時から加入	2ヶ月	2026年 1月25日必着	
<input type="checkbox"/> 2026年 3月 1日午前0時から加入	1ヶ月	2026年 2月25日必着	

※いずれの場合も、補償終了は2026年3月31日午後4時です。
 ※加入する保険種目数に関わらず、保険料の他に、一般社団法人日本看護学校協議会共済会の年会費（一律100円／年）を申し受けます（保険料と合算して引落とさせていただきます）。
 ※中途加入の場合の保険料につきましては、取扱代理店までお問い合わせください。
 ※本書の到着が加入書類締切日を過ぎた場合には、翌月のご加入となります。

1 個人賠償責任補償

<input checked="" type="checkbox"/> ★他の保険契約等 <small>(注1)</small>	<input checked="" type="radio"/> あり ある場合は○をし、右頁に詳細をご記入ください。
--	--

<ご注意>
1 個人賠償責任補償を単体で加入することはできません。必ず看護職向け賠償責任保険、医療専門職向け賠償責任保険または **2**～**5** までのいずれかの補償と組み合わせてご加入ください。

2 ご自身のケガへの補償（傷害補償）

<input checked="" type="checkbox"/> ☆職業・職務	医療職 (資格名) <input type="text"/> 教職員 <input type="text"/> その他 (<input type="text"/>)	職種 級別	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <small>(医療職、事務職、教職員はAです)</small>	<input checked="" type="checkbox"/> ★他の保険契約等 <small>(注1)</small>	<input checked="" type="radio"/> あり ある場合は○をし、右頁に詳細をご記入ください。
--	---	----------	---	--	--

ご加入する①～⑤の補償に✓をいれてください！

③ 医療補償 裏面の「健康状態告知書A」をよくお読みいただき、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

加入タイプ	総合先進医療 300万円		総合先進医療 600万円		★他の保険契約等 <small>(注1)</small>	○あり ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。
	<input type="checkbox"/> M1(女性特約あり)	<input type="checkbox"/> M2(女性特約なし)	<input type="checkbox"/> M1W(女性特約あり)	<input type="checkbox"/> M2W(女性特約なし)		
★健康状態告知	質問1	○なし ○あり	質問2	○なし ○あり		

④ がん補償 裏面の「健康状態告知書B」をよくお読みいただき、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

加入タイプ	○女性特約あり	○女性特約なし	加入口数	□	★他の保険契約等 <small>(注1)</small>	○あり ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。
★健康状態告知	質問1	○なし ○あり	質問2	○なし ○あり		

※がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身（被保険者本人）以外の方に指定する場合のみ、右欄にご記入ください。

が受がん保取險金人	フリガナ		被本み保人た險か統者ら柄
	氏名		

<④ がん補償のご注意>

※口数にご記入がない場合は、1口でお手続きさせていただきます。

⑤ 団体長期障害所得補償 裏面の「健康状態告知書A」をよくお読みいただき、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

加入タイプ	○免責30日型	○免責90日型	加入口数	□	★他の保険契約等 <small>(注1)</small>	○あり ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。
★健康状態告知	質問1	○なし ○あり	質問2	○なし ○あり	質問3	○全てもなし ○1つ以上あり

<⑤ 団体長期障害所得補償のご注意>

※加入タイプ（免責30・90日型）、加入口数のご記入が無い場合はご加入できませんのでご了承ください。

↓ 必ずご署名ください ↓

上記告知内容、本紙記載の「ご加入時の同意内容について」、(がん補償にご加入の場合)がん保険金受取人の指定の内容について確認・同意します。がん保険金受取人については、特にお申し出がない限り更新前契約と同内容での更新となります。

▲署名欄▼	告知日（記入日）西暦	年	月	日	★生年月日	西暦	年	月	日
	被保険者本人（自署）								
	★性別	○男	○女						

※医療補償、がん補償、団体長期障害所得補償にご加入いただく場合は、署名欄への記入が必須となります。

注1 ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払い責任が同じである他の保険契約または共済契約がある場合は下欄にご記入ください。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額) (万円)

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。なお☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は、お支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

健康状態告知書A

医療補償、団体長期障害所得補償に新たにご加入される場合、または更新時に保険責任を加重される場合には、健康状態の告知が必要です。「告知の大切さに関するご案内」をご確認のうえ、ご回答ください。ご回答は中面の★健康状態告知欄にご記入ください。

質問1

●告知日（ご記入日）現在、病気やケガで入院中、または入院か手術をすすめられていますか。

あり

なし

質問2

●告知日（ご記入日）より過去1年以内に病気で、継続して10日以上入院をしたことがありますか。

あり

なし

質問3

<団体長期障害所得補償のみ>

告知日（ご記入日）より過去2年以内に、

●「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気（アルコール・薬物依存を含む）」と医師に診断されたことがありますか。

●「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気（アルコール・薬物依存を含む）」のため、医師から検査^(注)・治療（投薬の指示を含みます）を受けるように指導されたことがありますか。

(注) 検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「あり」となります。

※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

が ん	悪性新生物、がん、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内がん、C I S、C I N 3、子宮頸部の高度異形成

1つ以上あり

全てなし

お引受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。

申し訳ございませんが、お引受けできません。

健康状態告知書B

がん補償に新たにご加入される場合、または更新時に保険責任を加重される場合には、健康状態の告知が必要です。「告知の大切さに関するご案内」をご確認のうえ、ご回答ください。ご回答は中面の★健康状態告知欄にご記入ください。

質問1

今までに「がん」または「上皮内がん」と医師に診断されたことがありますか。

※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

が ん	悪性新生物、がん、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内がん、C I S、C I N 3、子宮頸部の高度異形成

あり

なし

質問2

告知日（ご記入日）より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。

① 健康診断・人間ドックにおいて以下の検査を受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常（要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。）を指摘されたこと。

・上部消化管エックス線検査（または内視鏡検査） ・胸部エックス線検査 ・乳房エックス線（マンモグラフィ）検査
・乳房超音波検査 ・子宮頸部の細胞診 ・便潜血検査 ・しゅようマーカー（CEA・AFP・CA19-9・PSA等）
・CT検査 ・MRI検査 ・PET検査 ・肝炎ウイルス検査（HBs抗原・HCV抗体） ・腹部超音波検査 ・その他のがん検診

② 医師の診察の結果、下表の病気や所見、症状により継続して診察（服薬・治療を含みます）・検査を受けるように指導されたこと。

表 告知対象の病気や所見・症状

病気や所見	ポリープ・しゅよう等	しゅよう*1、結節*1、腫瘍*1（しゅりゅう）、GIST（ジスト、ギスト）、カルチノイド、異形成、白板症、多発性ポリープ（ポリポージス）*2、病理検査や細胞診での異常
	消化器系の病気	肝硬変、慢性肝炎、肝機能障害（入院や治療を伴うもの）、慢性アルコール性肝機能障害、NASH（非アルコール性脂肪肝炎）、アルコール性肝炎、門脈圧亢進症、食道静脈瘤
	呼吸器系の病気	COPD（慢性閉塞性肺疾患）、肺炎腫、慢性気管支炎、肺線維症、じん肺、けい肺、間質性肺炎
	腎臓の病気	慢性腎機能障害、慢性腎不全、慢性腎炎、尿毒症
	その他	B型肝炎ウイルスキャリア、C型肝炎ウイルスキャリア、貧血（鉄欠乏性貧血を除きます）
症状*3	しこり、出血（不正出血、喀血、吐血、下血、肉眼的血尿）、黄疸	

あり

*1 「がん、上皮内がん、または異形成」とは異なる病気と診断された場合は「なし」となります。

*2 大腸などひとつの臓器に多数のポリープが存在する状態をいいます。

*3 「がん、上皮内がん、もしくは異形成」とは異なる病気と診断された場合、またはその症状に対する診察（服薬・治療を含みます）・検査の結果、告知日時で医師による診察（服薬・治療を含みます）・検査が終了している場合は「なし」となります。

なし

お引受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。

申し訳ございませんが、お引受けできません。