

【支払査定時照会制度について】

共済金等のご請求に際し、あなたのご契約内容等を照会させていただくことがあります。

◇「支払査定時照会制度」について

全国共済農業協同組合連合会（以下「当会」といいます）は、社団法人生命保険協会、社団法人生命保険協会加盟の各生命保険会社（各社の名称については、生命保険協会ホームページ（<http://www.seiho.or.jp/>）「加盟会社」をご確認ください）、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会（以下、当会を含み「各生命保険会社等」といいます）とともに、お支払いの判断または共済契約もしくは保険契約等（以下「共済契約等」といいます）の解除、取消しもしくは無効の判断（以下「お支払等の判断」といいます）の参考とすることを目的として、「支払査定時照会制度」に基づき、各生命保険会社等の保有する共済契約等に関する下記の相互照会事項記載の情報を共同して利用いたします。

共済金、年金または給付金（以下「共済金等」といいます）のご請求があった場合や、これらに係る共済事故が発生したと判断される場合に、「支払査定時照会制度」に基づき、相互照会事項の全部または一部について、社団法人生命保険協会を通じて、他の各生命保険会社等に照会をなし、他の各生命保険会社等から情報の提供を受け、また他の各生命保険会社等からの照会に対し、情報を提供すること（以下「相互照会」といいます）があります。相互照会される情報は下記のものに限定され、ご請求に係る傷病名その他の情報が相互照会されることはありません。また、相互照会に基づき各生命保険会社等に提供された情報は、相互照会を行った各生命保険会社等によるお支払等の判断の参考とするため利用されることがありますが、その他の目的のために利用されることはありません。照会を受けた各生命保険会社等において、相互照会事項記載の情報が存在しなかったときは、照会を受けた事実は消去されます。各生命保険会社等は「支払査定時照会制度」により知り得た情報を他に公開いたしません。

【相互照会事項】

次の事項が相互照会されます。ただし、契約消滅後5年を経過した契約に係るものは除きます。

- (1) 被共済者の氏名、生年月日、性別、住所（市・区・郡までとします）
- (2) 共済事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる共済事故（左記の事項は、照会を受けた日から5年以内のものとしてとします）
- (3) 共済種類、契約日、復活日、消滅日、共済契約者の氏名および被共済者との続柄、死亡共済金等受取人の氏名および被共済者との続柄、死亡共済金額、共済金額、各特約内容、共済掛金および払込方法

上記相互照会事項において、被共済者、共済事故、共済種類、共済契約者、死亡共済金、共済金額、共済掛金とあるのは、保険契約においてはそれぞれ、被保険者、保険事故、保険種類、保険契約者、死亡保険金、給付金日額、保険料と読み替えます。

当会が保有する相互照会事項記載の情報については、当会が管理責任を負います。共済契約者、被共済者または共済金等受取人は、下記手続に従い、相互照会事項記載の情報の開示を求め、その内容が事実と相違している場合には、訂正を申し出ることができます。また、個人情報保護に関する法律に違反して相互照会事項記載の情報が取扱われている場合、下記手続に従い、当該情報の利用停止あるいは第三者への提供の停止を求めることができます。各手続の詳細については、当会へお問合せください。

◇支払査定時照会制度における相互照会事項に関する開示等請求について

<開示請求について>

J A 共済の共済契約の共済契約者、被共済者または共済金等受取人は、下記の開示対象事項について開示を求めることができます。

■ 開示対象事項

- ・当制度に基づく相互照会の有無
- ・相互照会の時期
- ・相互照会された事項

ただし、相互照会后3年を経過した場合は、当該情報の消去等により回答できないことがあります。また、ご本人以外の方に関する個人情報等開示できない場合もあります。

■ お申し出の方法

(1) 提出いただくもの

ご契約の組合（J A）または当会に備え付けの「相互照会事項の開示請求等お申出書（以下、「申出書」）」に加え、お申し出される方ご本人の確認をするため、次の書類が必要になります。

1. 共済証書の写し
2. 運転免許証、パスポート、住民基本台帳カード、社員証、学生証、身体障害者手帳、外国人登録証明書のうちいずれか1点の写し

※ 上記2の書類のうち住民基本台帳カード、社員証、学生証については写真付であり、氏名、生年月日が記載されているものにかぎります。

※ 上記2の書類をお持ちでない場合は、当会へお問合せください。

(2) 受付場所

申出書と必要書類を同封し、当会に郵送にてお申し出ください。

なお、郵送費用については、お申し出される方のご負担となります。

郵送先

〒102-8630 東京都千代田区平河町2-7-9
全国共済農業協同組合連合会 全国本部 業務部

(3) 代理人によるお申し出

代理人によるお申し出を希望される場合には、代理権の有無等を確認する必要があることから、詳細手続きおよび必要書類等について当会へお問合せください。

■ 回答方法

後日、当会より回答書をお申し出された方に直接、郵送いたします。なお、お申し出に応じかねる場合には回答書においてその旨をお知らせいたします。

<訂正・追加・削除請求について>

万一、上記手続により開示された相互照会の内容に誤りがある場合、内容の訂正、追加または削除を申し出ることができます。

お申し出の方法は、下記の資料を提出いただくほか、開示請求の場合と同様です。

- 開示請求時の回答の写し
- 当該情報に誤りがあることを示す資料

<利用停止・第三者への提供の停止請求について>

万一、上記手続により開示された相互照会について、個人情報の保護に関する法律に違反する取扱いがされている場合、利用停止あるいは第三者への提供の停止を申し出ることができます。

お申し出の方法は、下記の資料を提出いただくほか、開示請求の場合と同様です。

- 開示請求時の回答の写し
- 個人情報の保護に関する法律に違反する取扱いがされていることを示す資料

<お問合せ先>

全国共済農業協同組合連合会 (TEL: 0120-536-093)