

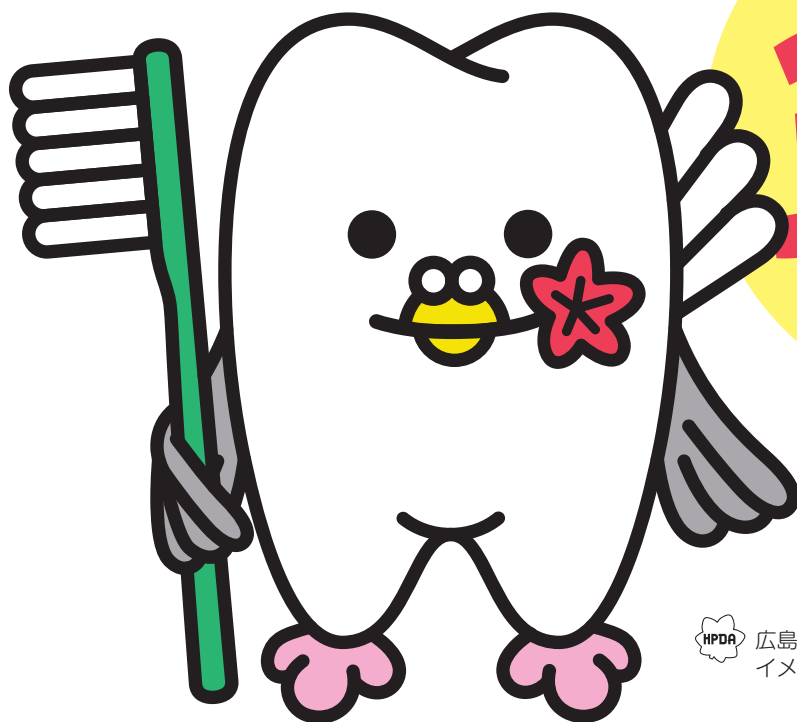
団体所得補償保険

休業補償制度

団体長期障害所得補償保険

長期休業補償制度

のご案内



団体割引

30%
適用

HPDA 広島県歯科医師会
イメージキャラクター「はっぼくん」

保険期間

令和5年10月1日(午後4時)～
令和6年10月1日(午後4時)まで

保険契約者

公益社団法人 日本歯科医師会

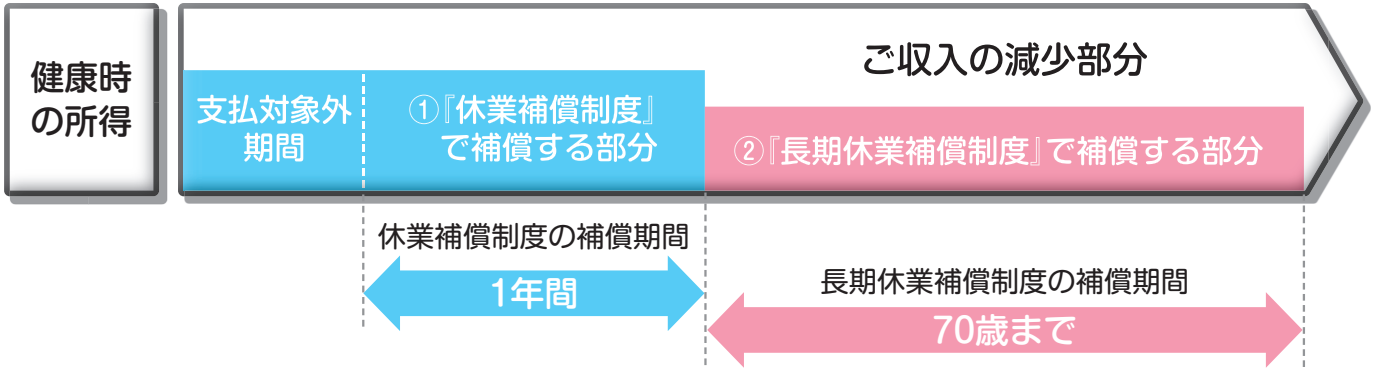
引受保険会社



損害保険ジャパン株式会社

制度の全体像

会員の皆さまの安定した医院経営をサポートします。



① 休業補償制度の概要

① 割引率はなんと30%!!

団体割引は30%で割安な保険料となっています。

② 休業補償プランは下記の4つのタイプから選べます。

| | | |
|----------------------------|--|-----------------|
| A 標準タイプ (支払対象外期間7日) | 最もポピュラーなタイプ。就業不能時の収入を補償する(支払対象外期間7日)と同時に、傷害事故による死亡・後遺障害保険金をお支払いします。 | 型名 STA・STAN |
| B 補償充実タイプ (支払対象外期間4日) | 支払対象外期間は4日ですので継続した就業不能が支払対象外期間(4日)を超えた場合に、支払対象外期間終了の翌日から保険金をお支払いします。傷害事故による死亡・後遺障害保険金もお支払いします。 | 型名 S4TA・TAN4 |
| C エコノミータイプⅠ (支払対象外期間7日) | 保険料が最も安いタイプ。就業不能時の収入のみ補償します(支払対象外期間7日)。傷害事故による死亡・後遺障害保険金のお支払いはありません。 | 型名 STB・STBN |
| D エコノミータイプⅡ (支払対象外期間4日) | ご希望の多い支払対象外期間4日のタイプ。就業不能時の収入のみ補償します。傷害事故による死亡・後遺障害保険金のお支払いはありません。 | 型名 S4TB・TBN4 |

③ 休業補償プランの場合、新規加入は79歳まで、継続加入は89歳まで可能です。

長寿社会のニーズに合わせ、年齢条件はご加入いただきやすくしています。

④ 楽しい無事故戻し制度があります。

1年間無事故の場合は、お支払いいただいた保険料の20%が戻ります。中途脱退の場合、返れい金はありません。

⑤ 全てのプランは安心の最長1年補償です。

就業不能に対する対象期間は、最長1年です。(支払対象外期間を超える就業不能が終了した後、その就業不能の原因となった身体障害によって6か月以内に就業不能が再発した場合は、後の就業不能は前の就業不能と同一の就業不能とみなします。)ただし、就業不能が終了した日からその日を含めて6か月を経過した日の翌日以降に被保険者が再び就業不能になった場合は、後の就業不能は前の就業不能とは異なった就業不能とみなし、新たに支払対象外期間および対象期間を適用します。

【通算支払限度期間に関する特約】について

がん、心筋こうそく等の大きな病気をされて保険金をお受取になっても、通算して1,000日の保険金が支払われるまでは、原因となった病気を補償対象外とせず、ご契約を継続できますので安心して長期に継続加入いただけます。

ただし、

1. 本契約は通算で1,000日まで補償される特約です。あくまで就業不能での対象期間は1年間です。
2. すでに特定疾病等対象外特約がある契約につきましては、そのまま特定疾病等対象外特約セットでのご継続となります。

⑥ 入院による就業不能時は、手厚い補償をするプランがあります！(休業補償プランのみ)

従来は支払対象外期間として7日(補償充実タイプ・エコノミータイプⅡは4日)を設定し、継続した就業不能開始後8日目(補償充実タイプ・エコノミータイプⅡは5日目)からが保険金支払対象期間となっていました。[入院支払対象外0日プラン]では、入院による就業不能時には、支払対象外期間(7日。ただし補償充実タイプ・エコノミータイプⅡの場合は4日)の間の入院期間についても保険金をお支払いします。7日(補償充実タイプ・エコノミータイプⅡの場合は4日)以内の短期の入院を複数回された場合、2回目以降の短期の入院についてはお支払いできないことがあります。(医師の指示による自宅療養時は、継続して7日(補償充実タイプ・エコノミータイプⅡは4日)を超えての就業不能時にお支払いの対象となります。)

【入院による就業不能時追加補償特約(支払対象外期間0日)】

(注)初めて特約をセットした契約の保険始期前にすでにかかっている病気やケガにより就業不能となった場合は、特約部分については、保険金支払対象にはなりません。

先生方の
ニーズに合わせて
3パターンから
ご検討ください。

1. 1年間の補償のみご希望

①休業補償制度

2. 1年超の長期補償のみをご希望

②長期休業補償制度

3. 1. 2. の両方をご希望

①休業補償制度と
②長期休業補償制度

② 長期休業補償制度の概要

① 割引率はなんと30%!!

団体割引は30%で割安な保険料となっています。

② 70歳までロングに補償!

病気やケガにより就業障害となり働けなくなった場合、月々の所得を最長70歳まで補償します。

③ 24時間補償!

業務中の事故だけでなく、業務外の事故によるケガや病気も補償の対象となります。
国内・国外いつでもどこでも24時間補償します。

④ 復職後もしっかりサポート!

仕事に復帰した後も十分に働けないために20%を超える所得の減少がある場合には、その割合に応じて保険金をお支払いします。

⑤ 病気やケガのまま退職した後も安心!

後遺障害により万が一退職された場合には、退職後も継続して補償します。

⑥ 精神障害による就業障害も補償!

一般の所得補償保険で補償対象外としている精神障害のうち、気分障害(躁病・うつ病等)、統合失調症、神経衰弱、血管性認知症、知的障害等による就業不能がお支払いの対象となります。精神障害拡張補償特約による保険金のお支払いは、主契約の対象期間にかかわらず、支払対象外期間終了日の翌日から起算して2年を限度とします。
(アルコール依存・薬物依存等はお支払いの対象となりません。)(精神障害拡張補償特約)

⑦ 加入手続きも簡単!

ご加入にあたっては、所定の告知書の質問事項にお答えいただくだけで医師の診査は不要です。

※ご加入時に健康状態に関する告知書をご提出いただきます。告知書の内容によりご加入をお断りする場合があります。

⑧ インフレ対応機能付き!

インフレによる受取保険金額の目減りがないように、保険金額を物価上昇に合わせて逓増させて保険金をお支払いします。

⑨ 歯科医師として就業不能であれば補償が開始されます!

直前に従事(歯科医師業)していた業務に全く従事できないことが継続することで補償がスタート。

(注) 保険金のお支払方法は、保険金額が定額でお支払いとなるのではなく、保険金額に所得喪失率(所得が減少した割合)を乗じた金額がお支払いとなります。詳しくは「補償の内容」をご参照ください。

制度の全体像

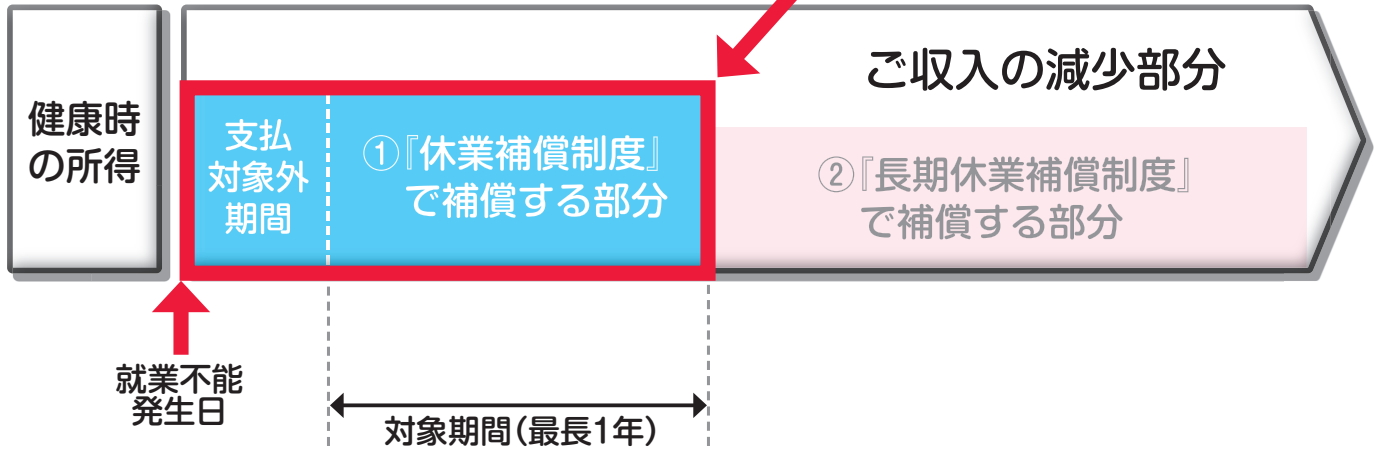
先生方のニーズにより、必要補償を3パターンからお選びください。

選択
1

1年間の補償をご希望

①休業補償制度

をお選びください!!

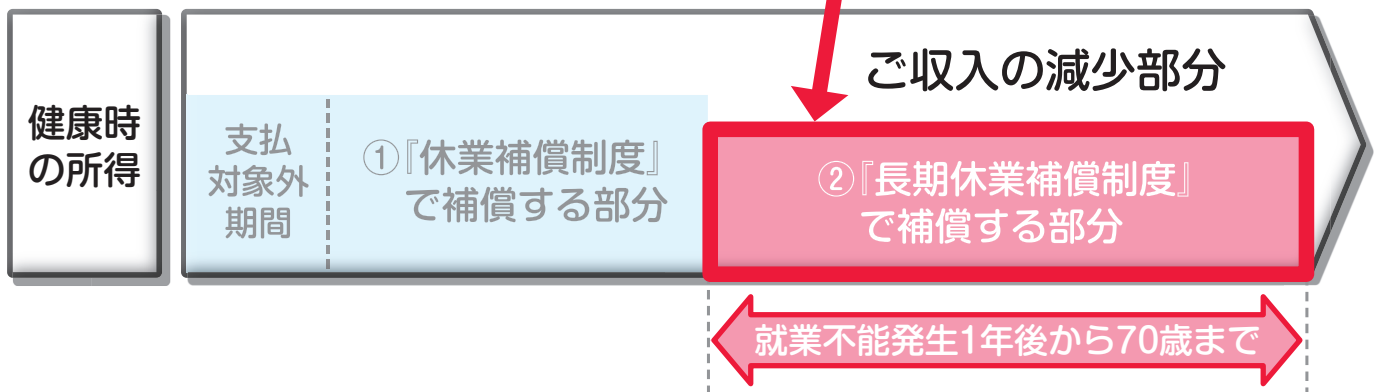


選択
2

1年超の長期補償をご希望

②長期休業補償制度

をお選びください!!

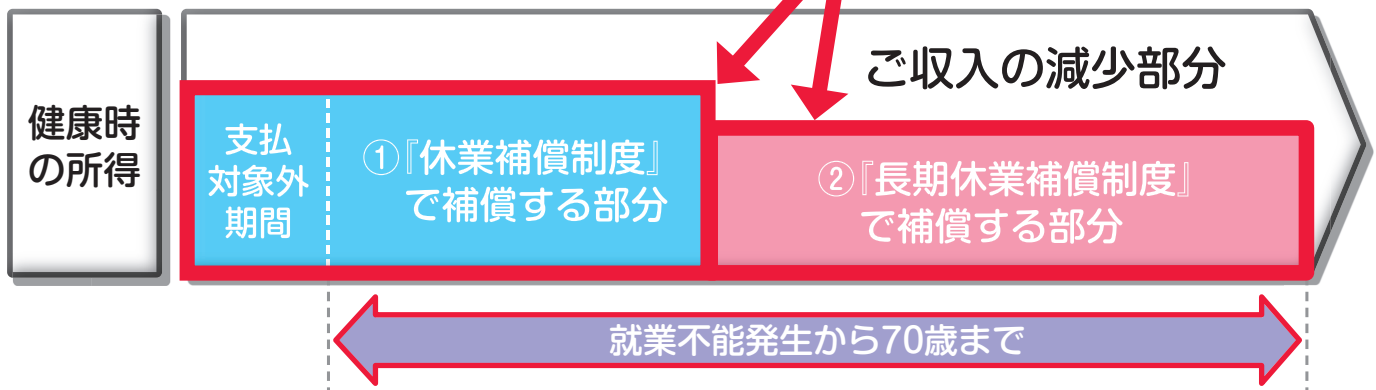


選択
3

1. 2. の両方をご希望

①休業補償制度と
②長期休業補償制度

をお選びください!!



***** ページガイド *****

1. 1年間の補償 をご希望



① 休業補償制度

●先生ご本人の補償を
ご希望の方は・・・

休業補償プラン

P.5よりご確認ください。

●先生の代わりに代診医師を
雇用した場合の補償を
ご希望の方は・・・

代診費用補償プラン

P.13よりご確認ください。

●従業員さんの給与補償を
ご希望の方は・・・

従業員給与補償プラン

P.15よりご確認ください。

●先生の奥さまへの補償を
ご希望の方は・・・

奥さま入院安心プラン

P.17よりご確認ください。

2. 1年超の長期補償 をご希望



② 長期休業補償制度

●1年を超える長期の
休業補償をご希望の方は・・・

長期休業補償プラン

P.19よりご確認ください。

休業補償プラン(所得補償保険)

先生ご本人の補償をご希望の方

(病気やケガの時の休診期間(※)の所得を補償します。) ※休業(休診)とは病気やケガによる就業不能時の休業(休診)をいいます。

1. 『休業補償プラン』とは…

- ① **休業時の収入を補償する画期的な保険**
万一、先生が病気・ケガで就業不能となった時、その間の所得を補償する保険です。
- ② **長期間の生活補償**
 対象期間は、長期療養でも安心の1年間です。
- ③ **保険金は毎月支払い**
 就業不能期間が1か月以上の場合、ご請求があれば毎月保険金をお支払いします。
- ④ **24時間、どこでもワイドな補償**
 業務中・業務外、国内の事故によるケガ・国外の事故によるケガ・病気を問いません。
- ⑤ **団体割引30%で割安な保険料**
 日本歯科医師会の団体契約ですから、個人加入より30%もお安くご加入できます。
- ⑥ **簡単なお加入手続き**
 健康診断の必要はありません。(簡単な告知のみでご加入できます。※告知内容・過去の傷病歴等により、ご加入をお断りする場合があります。)
- ⑦ **楽しみな無事故戻し制度**
 1年間無事故の場合は、お支払いいただいた保険料の20%が戻ります。中途脱退の場合、返れい金はありません。
- ⑧ **天災危険補償特約**
 地震・噴火またはこれらによる津波によって被った傷害による就業不能・ケガを補償します。
- ⑨ **精神障害拡張補償特約**
 気分障害(躁病、うつ病等)精神障害により就業不能となった場合でも補償します。
 (アルコール依存、薬物依存等はお支払いの対象となりません。)

2. 休業補償プランは下記の4つのタイプから選べます

A 標準タイプ(支払対象外期間7日)

最もポピュラーなタイプ。
 就業不能による休業時の収入を補償する(支払対象外期間7日)と同時に、傷害事故による死亡・後遺障害保険金をお支払いできます。

B 補償充実タイプ(支払対象外期間4日)

支払対象外期間4日の補償充実タイプ。
 継続した就業不能が支払対象外期間(4日)を超えた場合に、支払対象外期間終了の翌日から保険金をお支払いします。傷害事故による死亡・後遺障害保険金もお支払いできます。

C エコノミータイプⅠ(支払対象外期間7日)

保険料が最も安いタイプ。
 就業不能による休業時の収入のみ補償します。(支払対象外期間7日)。傷害事故による死亡・後遺障害保険金のお支払いはありません。

D エコノミータイプⅡ(支払対象外期間4日)

ご要望の多い支払対象外期間4日のタイプです。
 傷害事故による死亡・後遺障害保険金のお支払いはありません。
 ※A・Bタイプは所得補償保険に「傷害による死亡・後遺障害補償特約」をセットしたタイプです。

3. お支払いする保険金は……

① 所得補償保険金

先生が病気・ケガによって就業不能となられた場合、支払対象外期間を超える就業不能期間について所得補償保険金をお支払いします。(入院された場合で、入院支払対象外期間0日プランをセットされた場合は、支払対象外期間(7日。ただし補償充実タイプ・エコノミータイプⅡの場合は4日)の間の入院期間についても保険金をお支払いします。7日(補償充実タイプ・エコノミータイプⅡの場合は4日)以内の短期の入院を複数回された場合、2回目以降の短期の入院については補償の対象外となることがあります。)〈所得補償保険〉

休業補償制度

従業員給与補償プラン

奥さま入院安心プラン

*就業不能とは…

入院または入院以外で医師の治療を要し、その結果として業務に全く従事できない状態を指します。
(※注 検査入院は対象外です。)

② 傷害死亡保険金(エコノミータイプにはこの補償がありません。)

ケガによって事故の発生の日からその日を含めて180日以内に亡くなられた時は、死亡・後遺障害保険金額の全額をお支払いします。なお、後遺障害保険金の支払いがある場合、死亡保険金については、その金額を差し引いてお支払いします。〈傷害による死亡・後遺障害補償特約〉

③ 傷害後遺障害保険金(エコノミータイプにはこの補償がありません。)

ケガによって事故の発生の日からその日を含めて180日以内に後遺障害が残った時、その程度に応じて死亡・後遺障害保険金額の4%~100%をお支払いします。〈傷害による死亡・後遺障害補償特約〉

4. 保険金額と加入口数は…

① 保険金額

所得補償保険金額はご加入直前12か月における所得の平均月間額の範囲内となりますので、加入口数はこの範囲内でご検討ください。

② ご加入口数

下表をご参照ください。

| | ～ 69歳 | 70歳～ 74歳 | 75歳～ 79歳 | 80歳～ 89歳 |
|------|-------|----------|----------|----------|
| 新規加入 | ～60口 | ～10口 | ～5口 | — |
| 継続加入 | | ～20口 | ～10口 | ～5口 |

※1 年齢は令和5年10月1日における満年齢です。(中途加入の方は中途加入日における満年齢です)

| | | | |
|------------------------|-----------------|--|--|
| 1口あたりの 休業補償 保険金額 | 病気・傷害で 休業のとき | 所得補償保険金 | 1か月につき 10万円 |
| | 傷害で死亡のとき | 傷害死亡保険金 (エコノミータイプには この補償がありません。) | 500万円 (21口以上加入の場合も) (最高1億円が限度) (死亡・後遺障害保険金額) |
| | 傷害で 後遺障害のとき | 傷害後遺障害保険金 (エコノミータイプには この補償がありません。) | 20万円～500万円 (21口以上加入の場合も) (最高1億円が限度) (死亡・後遺障害保険金額の4%～100%) |

補償の対象となる期間は、支払対象外期間を超えた就業不能期間で、かつ、対象期間(1年)を限度とします。
通算支払限度期間に関する特約がセットされているため、保険金のお支払いは、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日を限度とします。

なお、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日分の保険金が支払われた場合、満期時にご継続をお断りする場合があります。

(※)本特約をセットした契約への初めての加入をいいます。

就業不能に対する対象期間は、最長1年です。

【同一原因で再び就業不能となった場合】

○支払対象外期間を超える就業不能が終了した後、その就業不能の原因となった身体障害によって6か月以内に就業不能が再発した場合は、後の就業不能は前の就業不能と同一の就業不能とみなします。ただし、就業不能が終了した日からその日を含めて6か月を経過した日の翌日以降に被保険者が再び就業不能になった場合は、後の就業不能は前の就業不能とは異なった就業不能とみなし、新たに支払対象外期間および対象期間を適用します。

※入院による就業不能時追加補償特約(支払対象外期間0日)がセットされた場合、支払対象外期間(7日。ただし補償充実タイプ・エコノミータイプⅡの場合は4日)の間の入院期間についても保険金をお支払いします。7日(補償充実タイプ・エコノミータイプⅡの場合は4日)以内の短期の入院を複数回された場合、2回目以降の短期の入院についてはお支払いできないことがあります。

※死亡保険金は被保険者の法定相続人にお支払いします。特定の方を指定する場合は、所定の方法で同意の確認が必要です。

■告知の大切さについてのご説明

○告知書はお客さま(保険の対象となる方)ご自身がありのままをご記入ください。

※口頭でお話し、または資料提示されただけでは告知していただいたことにはなりません。

○告知の内容が正しくないと、ご契約の全部または一部が解除になり保険金がお受け取りいただけない場合があります。

※「ご加入に際して、特にご注意いただきたいこと(注意喚起情報のご説明)」を必ずお読みください。

休業補償制度

休業補償プラン

代診費用補償プラン

5. ご契約のタイプは……

A 標準タイプ(支払対象外期間7日) [STA・STAN]

最もポピュラーなタイプです。就業不能による休業時の収入を補償すると同時に、傷害事故による死亡・後遺障害保険金をお支払いします。

上乗せタイプ

標準タイプは20口が限度となるため所得補償について21口以上の加入を希望される場合は、傷害による死亡・後遺障害補償のないSTB・STBN型を上乗せしていただきます。

■ 毎月の保険料(1口あたり保険料)

保険期間1年 団体割引30% 職種級別1級 対象期間1年 精神障害拡張補償特約・天災危険補償特約セット

『支払対象外期間7日』プラン

| 型名 | | STA | STB |
|-------|----------|--------|---------|
| 月払保険料 | ご加入の口数 | 1口～20口 | 21口～60口 |
| | ご加入時の満年齢 | | |
| | 20～24歳 | 1,165 | 690 |
| | 25～29歳 | 1,255 | 780 |
| | 30～34歳 | 1,435 | 960 |
| | 35～39歳 | 1,675 | 1,200 |
| | 40～44歳 | 1,965 | 1,490 |
| | 45～49歳 | 2,265 | 1,790 |
| | 50～54歳 | 2,545 | 2,070 |
| | 55～59歳 | 2,665 | 2,190 |
| | 60～64歳 | 2,775 | 2,300 |
| | 65～69歳 | 2,775 | 2,300 |
| | 70～74歳 | 3,965 | — |
| | 75～79歳 | 5,175 | — |
| | 80～89歳 | 7,685 | — |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 入院支払対象外期間0日 |
|---------|----|-------------|
| 7日 | 4日 | |
| ● | — | — |

| 精神障害拡張補償 | 天災危険補償 | 傷害による死亡・後遺障害(STA型のみ) |
|----------|--------|----------------------|
| ● | ● | ● |

入院による就業不能時追加補償特約セット

『支払対象外期間7日+入院支払対象外0日』プラン

| 型名 | | STAN | STBN |
|-------|----------|--------|---------|
| 月払保険料 | ご加入の口数 | 1口～20口 | 21口～60口 |
| | ご加入時の満年齢 | | |
| | 20～24歳 | 1,355 | 880 |
| | 25～29歳 | 1,465 | 990 |
| | 30～34歳 | 1,655 | 1,180 |
| | 35～39歳 | 1,925 | 1,450 |
| | 40～44歳 | 2,285 | 1,810 |
| | 45～49歳 | 2,645 | 2,170 |
| | 50～54歳 | 2,955 | 2,480 |
| | 55～59歳 | 3,095 | 2,620 |
| | 60～64歳 | 3,195 | 2,720 |
| | 65～69歳 | 3,195 | 2,720 |
| | 70～74歳 | 4,635 | — |
| | 75～79歳 | 6,135 | — |
| | 80～89歳 | 9,095 | — |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 入院支払対象外期間0日 |
|---------|----|-------------|
| 7日 | 4日 | |
| ● | — | ● |

| 精神障害拡張補償 | 天災危険補償 | 傷害による死亡・後遺障害(STAN型のみ) |
|----------|--------|-----------------------|
| ● | ● | ● |

- ・本保険は介護医療保険料控除の対象となります。ただし、傷害による死亡・後遺障害補償特約保険料を除きます。(令和5年7月現在)
 - ・保険料は、保険始期日(・中途加入日)時点の満年齢によります。
 - ・年齢は、保険期間の初日現在(中途加入の場合は中途加入日時点)の満年齢とします。
 - ・ご契約更新時は、更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。年齢区分が変更になると、保険料が変更になります。
- ※加入口数の決め方につきましては、P.11をご参照のうえ、お決めください。なお、傷害による死亡・後遺障害補償特約保険金額は1億円が限度となるため、STA・STAN型の加入口数は20口が限度となります。

(ご加入例：A標準タイプ支払対象外期間7日プラン)

35歳の方が25口加入の場合 1,675円×20口(STA) 1,200円×5口(STB) 月払保険料 39,500円

休業補償制度

従業員給与補償プラン

奥さま入院安心プラン

B 補償充実タイプ(支払対象外期間4日) [S4TA・TAN4]

支払対象外期間4日の補償充実タイプです。継続した就業不能が支払対象外期間(4日)を超えた場合に、支払対象外期間終了の翌日から保険金をお支払いします。傷害事故による死亡・後遺障害も補償しますので、充実した補償をご希望の先生向けのタイプです。

上乗せタイプ

補償充実タイプは20口が限度となるため所得補償について21口以上の加入を希望される場合は、傷害による死亡・後遺障害補償のないS4TB・TBN4型を上乗せさせていただきます。

■毎月の保険料(1口あたり保険料)

保険期間1年 団体割引30% 職種級別1級 対象期間1年 精神障害拡張補償特約・天災危険補償特約セット

『支払対象外期間4日』プラン

| 型名 | | S4TA | S4TB |
|-----------------------|----------|--------|---------|
| 月 払 保 険 料 | ご加入の口数 | 1口～20口 | 21口～60口 |
| | ご加入時の満年齢 | | |
| | 20～24歳 | 1,275 | 800 |
| | 25～29歳 | 1,375 | 900 |
| | 30～34歳 | 1,585 | 1,110 |
| | 35～39歳 | 1,835 | 1,360 |
| | 40～44歳 | 2,175 | 1,700 |
| | 45～49歳 | 2,465 | 1,990 |
| | 50～54歳 | 2,755 | 2,280 |
| | 55～59歳 | 2,885 | 2,410 |
| | 60～64歳 | 2,945 | 2,470 |
| | 65～69歳 | 2,945 | 2,470 |
| 70～74歳 | 4,245 | — | |
| 75～79歳 | 5,605 | — | |
| 80～89歳 | 8,285 | — | |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 入院支払 対象外期間0日 |
|---------|----|-----------------|
| 7日 | 4日 | |
| — | ● | — |

| 精神障害 拡張補償 | 天災危険 補償 | 傷害による 死亡・後遺障害 (S4TA型のみ) |
|--------------|------------|-------------------------------|
| ● | ● | ● |

入院による就業不能時追加補償特約セット

『支払対象外期間4日+入院支払対象外0日』プラン

| 型名 | | TAN4 | TBN4 |
|-----------------------|----------|--------|---------|
| 月 払 保 険 料 | ご加入の口数 | 1口～20口 | 21口～60口 |
| | ご加入時の満年齢 | | |
| | 20～24歳 | 1,475 | 1,000 |
| | 25～29歳 | 1,585 | 1,110 |
| | 30～34歳 | 1,775 | 1,300 |
| | 35～39歳 | 2,035 | 1,560 |
| | 40～44歳 | 2,355 | 1,880 |
| | 45～49歳 | 2,705 | 2,230 |
| | 50～54歳 | 3,055 | 2,580 |
| | 55～59歳 | 3,215 | 2,740 |
| | 60～64歳 | 3,305 | 2,830 |
| | 65～69歳 | 3,305 | 2,830 |
| 70～74歳 | 4,815 | — | |
| 75～79歳 | 6,365 | — | |
| 80～89歳 | 9,445 | — | |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 入院支払 対象外期間0日 |
|---------|----|-----------------|
| 7日 | 4日 | |
| — | ● | ● |

| 精神障害 拡張補償 | 天災危険 補償 | 傷害による 死亡・後遺障害 (TAN4型のみ) |
|--------------|------------|-------------------------------|
| ● | ● | ● |

- ・本保険は介護医療保険料控除の対象となります。ただし、傷害による死亡・後遺障害補償特約保険料を除きます。(令和5年7月現在)
 - ・保険料は、保険始期日(・中途加入日)時点の満年齢によります。
 - ・年齢は、保険期間の初日現在(中途加入の場合は中途加入日時点)の満年齢とします。
 - ・ご契約更新時は、更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。年齢区分が変更になると、保険料が変更になります。
- ※加入口数の決め方につきましては、P.11をご参照のうえ、お決めください。なお、傷害による死亡・後遺障害補償特約保険金額は1億円が限度となるため、S4TA・TAN4型の加入口数は20口が限度となります。

(ご加入例：B補償充実タイプ支払対象外期間4日プラン)

35歳の方が25口加入の場合 1,835円×20口(S4TA) 1,360円×5口(S4TB) 月払保険料 43,500円

休業補償プラン

代診費用補償プラン

従業員給与補償プラン

奥さま入院安心プラン

長期休業補償制度

休業補償制度

休業補償プラン

代診費用補償プラン

C エコノミータイプ I (支払対象外期間7日)

保険料が最も安いタイプ。就業不能による休業時の収入のみ補償します。(支払対象外期間7日)。傷害事故による死亡・後遺障害保険金のお支払いはありません。

■毎月の保険料(1口あたり保険料)

保険期間1年 団体割引30% 職種級別1級 対象期間1年 精神障害拡張補償特約・天災危険補償特約セット

『支払対象外期間7日』プラン

| 型名 | | STB |
|-----------------------|----------|--------|
| 月 払 保 険 料 | ご加入の口数 | 1口～60口 |
| | ご加入時の満年齢 | |
| | 20～24歳 | 690 |
| | 25～29歳 | 780 |
| | 30～34歳 | 960 |
| | 35～39歳 | 1,200 |
| | 40～44歳 | 1,490 |
| | 45～49歳 | 1,790 |
| | 50～54歳 | 2,070 |
| | 55～59歳 | 2,190 |
| | 60～64歳 | 2,300 |
| | 65～69歳 | 2,300 |
| 70～74歳 | 3,490 | |
| 75～79歳 | 4,700 | |
| 80～89歳 | 7,210 | |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 入院支払 対象外期間0日 |
|---------|----|-----------------|
| 7日 | 4日 | |
| ● | — | — |

| 精神障害 拡張補償 | 天災危険 補償 | 傷害による 死亡・後遺障害 |
|--------------|------------|------------------|
| ● | ● | — |

入院による就業不能時追加補償特約セット

『支払対象外期間7日+入院支払対象外0日』プラン

| 型名 | | STBN |
|-----------------------|----------|--------|
| 月 払 保 険 料 | ご加入の口数 | 1口～60口 |
| | ご加入時の満年齢 | |
| | 20～24歳 | 880 |
| | 25～29歳 | 990 |
| | 30～34歳 | 1,180 |
| | 35～39歳 | 1,450 |
| | 40～44歳 | 1,810 |
| | 45～49歳 | 2,170 |
| | 50～54歳 | 2,480 |
| | 55～59歳 | 2,620 |
| | 60～64歳 | 2,720 |
| | 65～69歳 | 2,720 |
| 70～74歳 | 4,160 | |
| 75～79歳 | 5,660 | |
| 80～89歳 | 8,620 | |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 入院支払 対象外期間0日 |
|---------|----|-----------------|
| 7日 | 4日 | |
| ● | — | ● |

| 精神障害 拡張補償 | 天災危険 補償 | 傷害による 死亡・後遺障害 |
|--------------|------------|------------------|
| ● | ● | — |

- ・本保険は介護医療保険料控除の対象となります。(令和5年7月現在)
 - ・保険料は、保険始期日(・中途加入日)時点の満年齢によります。
 - ・年齢は、保険期間の初日現在(中途加入の場合は中途加入日時点)の満年齢とします。
 - ・ご契約更新時は、更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。年齢区分が変更になると、保険料が変更になります。
- ※加入口数の決め方につきましては、P.11をご参照のうえ、お決めください。
 ※エコノミータイプでは傷害事故による死亡・後遺障害保険金のお支払いはありません。

休業補償制度

従業員給与補償プラン

奥さま入院安心プラン

D エコノミータイプⅡ (支払対象外期間4日)

ご希望の多い支払対象外期間4日のタイプです。
 傷害事故による死亡・後遺障害保険金のお支払いはありません。

■毎月の保険料(1口あたり保険料)

保険期間1年 団体割引30% 職種級別1級 対象期間1年 精神障害拡張補償特約・天災危険補償特約セット

『支払対象外期間4日』プラン

| 型名 | | S4TB |
|-----------------------|----------|--------|
| 月 払 保 険 料 | ご加入の口数 | 1口～60口 |
| | ご加入時の満年齢 | |
| | 20～24歳 | 800 |
| | 25～29歳 | 900 |
| | 30～34歳 | 1,110 |
| | 35～39歳 | 1,360 |
| | 40～44歳 | 1,700 |
| | 45～49歳 | 1,990 |
| | 50～54歳 | 2,280 |
| | 55～59歳 | 2,410 |
| | 60～64歳 | 2,470 |
| | 65～69歳 | 2,470 |
| 70～74歳 | 3,770 | |
| 75～79歳 | 5,130 | |
| 80～89歳 | 7,810 | |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 入院支払 対象外期間0日 |
|---------|----|-----------------|
| 7日 | 4日 | |
| — | ● | — |

| 精神障害 拡張補償 | 天災危険 補償 | 傷害による 死亡・後遺障害 |
|--------------|------------|------------------|
| ● | ● | — |

入院による就業不能時追加補償特約セット

『支払対象外期間4日+入院支払対象外0日』プラン

| 型名 | | TBN4 |
|-----------------------|----------|--------|
| 月 払 保 険 料 | ご加入の口数 | 1口～60口 |
| | ご加入時の満年齢 | |
| | 20～24歳 | 1,000 |
| | 25～29歳 | 1,110 |
| | 30～34歳 | 1,300 |
| | 35～39歳 | 1,560 |
| | 40～44歳 | 1,880 |
| | 45～49歳 | 2,230 |
| | 50～54歳 | 2,580 |
| | 55～59歳 | 2,740 |
| | 60～64歳 | 2,830 |
| | 65～69歳 | 2,830 |
| 70～74歳 | 4,340 | |
| 75～79歳 | 5,890 | |
| 80～89歳 | 8,970 | |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 入院支払 対象外期間0日 |
|---------|----|-----------------|
| 7日 | 4日 | |
| — | ● | ● |

| 精神障害 拡張補償 | 天災危険 補償 | 傷害による 死亡・後遺障害 |
|--------------|------------|------------------|
| ● | ● | — |

- ・本保険は介護医療保険料控除の対象となります。(令和5年7月現在)
 - ・保険料は、保険始期日(・中途加入日)時点の満年齢によります。
 - ・年齢は、保険期間の初日現在(中途加入の場合は中途加入日時点)の満年齢とします。
 - ・ご契約更新時は、更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。年齢区分が変更になると、保険料が変更になります。
- ※加入口数の決め方につきましては、P.11をご参照のうえ、お決めください。
 ※エコノミータイプでは傷害事故による死亡・後遺障害保険金のお支払いはありません。

休業補償プラン

代診費用補償プラン

従業員給与補償プラン

奥さま入院安心プラン

長期休業補償制度

ご加入保険金額(ご加入口数)の目安

個人診療所・国民健康保険加入・勤務する歯科医師が先生お一人の場合

必要保険金額 × 85% の範囲内で設定してください。

※69歳までの方は60口まで、70歳から74歳までの方は20口まで、75歳から79歳までの方は10口まで、80歳から89歳までの方は5口までご加入いただけます。

○用語の定義

所得とは…加入依頼書等記載の職業または職務を遂行することにより得られる給与所得、事業所得または雑所得に係る総収入金額から就業不能となることにより支出を免れる金額を控除したものをいいます。ただし、就業不能の発生にかかわらず得られる収入は除かれます。

平均月間所得額…支払対象外期間が始まる直前12か月における被保険者の所得の平均月間額をいいます。ただし、支払対象外期間が始まる直前12か月において産前・産後休業、育児休業または介護休業のいずれかの休業等を取得している期間があることによりその期間の被保険者の所得の平均月間額が減少している場合は、所定の被保険者の所得がある期間における平均月間額とします。

○保険金ご請求時にご提出いただく書類

確定申告書(写し)と損益計算書 等

保険金額は必ずご確認ください!!

○ご注意ください

平均月間所得額が所得補償保険金額より小さい場合は、平均月間所得額が1か月の支払保険金額となります。

■休業補償保険金のお支払例(標準タイプ(支払対象外期間7日)の場合)

1 所得補償保険金

(10口加入の場合)所得補償保険金 月額100万円・対象期間1年・支払対象外期間7日

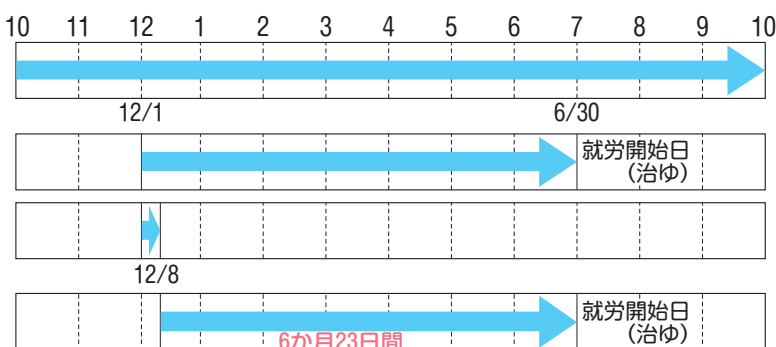
- 保険期間(10月1日～翌年10月1日)
- 就業ができない期間(12月1日～6月30日)
- 支払対象外期間(12月1日～12月7日)
- 就業不能期間(保険金をお支払いする期間)
(12月8日～6月30日)

〈お支払いする保険金〉

100万円×6か月+100万円×

23日(=支払対象外期間)

30日 = 約677万円



2 傷害死亡保険金

- 事故によりケガをしてその日を含めて180日以内に死亡された場合
お支払いする保険金→5,000万円

3 傷害後遺障害保険金

- 事故によりケガをしてその日を含めて180日以内に後遺障害が生じた場合
たとえば両眼失明のとき→5,000万円 片手(手関節以上)を失ったとき→2,950万円

※就業不能期間が1か月に満たない場合、または1か月未満の端日数が生じた場合には1か月を30日として日割計算をします。

6. こんなときは保険金をお支払いできません

次の事由に起因する就業不能については、保険金はお支払いできません(主な場合)。

〔所得補償保険〕

- 故意または重大な過失
- 自殺、犯罪または闘争行為
- 麻薬、あへん、覚せい剤等の使用(治療を目的として医師が用いた場合を除きます。)
- 戦争、暴動等(テロ行為を除きます。)
- おおよび核燃料物質等によるもの
- 妊娠、出産、早産、流産
- 自動車、原動機付自転車の無資格運転または酒気を帯びた状態での運転によって被ったケガ
- 頸(けい)部症候群(いわゆる「むちうち症」)、腰痛等で医学的他覚所見のないもの

など

また傷害死亡・後遺障害保険金については、次の事由に起因する場合もお支払いできません。

〔傷害による死亡・後遺傷害補償特約〕

- 疾病、脳疾患または心神喪失
- ピッケル等の登山用具を使用する山岳登山、ロッククライミング(フリークライミングを含みます。)、登る壁の高さが5mを超えるボルダリング、ハングライダー搭乗等の危険な運動を行っている間の事故
- 自動車・原動機付自転車等による競技・競争・興行の間の事故

など

7. 保険金の請求手続は……

保険金支払事由に該当した場合は、30日以内に広島県歯科医師会事務局または損保ジャパンにただちにご連絡ください。保険金請求書等必要書類をご送付するとともに、請求手続をご連絡します。

8. ご加入にあたってのご注意

告知日(ご記入日)から過去2年以内に、

- ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に判断されたことがある方。
- ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがある方。

については、この保険にご加入いただけません。

(注) 医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。

「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気

| | |
|-------|--|
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) |

代診費用補償プラン(事業主費用補償特約セット所得補償保険)

先生の代わりに代診医師を雇用した場合の補償をご希望の方

(病気やケガの時の代診医師の雇入れ費用を補償します。)

1. 『代診費用補償プラン』とは…

- ① **代診費用を補償するニュータイプの保険**
万一、先生が病気・ケガで就業不能となった時、代診医師の雇入れ費用を補償する保険です。
- ② **長期間の費用補償**
対象期間は、長期療養でも安心の1年間です。
- ③ **保険金は毎月支払い**
就業不能期間が1か月以上の場合、ご請求があれば毎月保険金をお支払いします。
- ④ **24時間、どこでもワイドな補償**
業務中・業務外、国内の事故によるケガ・国外の事故によるケガ、病気を問いません。
- ⑤ **団体割引30%で割安な保険料**
日本歯科医師会団体契約ですから、個人加入よりも30%もお安くご加入できます。
- ⑥ **簡単なお加入手続き**
健康診断の必要はありません。(簡単な告知のみでご加入できます。*告知内容・過去の傷病歴等により、ご加入をお断りする場合があります。)
- ⑦ **楽しみな無事故戻し制度**
1年間無事故の場合は、お支払いいただいた保険料の20%が戻ります。中途脱退の場合、返れい金はありません。
- ⑧ **天災危険補償特約**
地震・噴火またはこれらによる津波によって被ったケガによる就業不能を補償します。
- ⑨ **精神障害拡張補償特約**
気分障害(躁病、うつ病等)精神障害により就業不能となった場合でも補償します。
(アルコール依存、薬物依存等はお支払いの対象となりません。)

2. お支払いする費用保険金は…

代診費用保険金をお支払いします。

- 先生が病気・ケガによって就業不能となり、事業主である先生が代診医師を雇入れ、費用負担した場合、支払対象外期間7日を超えた時に、支払対象外期間終了の翌日から事業主である先生に対して保険金をお支払いします。
- 保険金は、対象期間内に発生した費用実額に対して支払われ、(保険金月額) × (保険金支払対象期間)が限度額となります。

*就業不能とは…

入院または入院以外で医師の治療を要し、その結果として業務に全く従事できない状態を指します。

*代診医師とは…

就業不能になった先生の医療業務を直接代行させる医師1名を指します。

*代診医師雇入れ費用とは…

- ①代診医師に対して**支出した給与、交通費等の費用(実費)**
 - ②代診医師を雇い入れるために**支出した求人広告費等の費用(実費)**
- 注)支払対象外期間内に広告を出した場合は、対象になりませんので、ご注意ください。

3. 保険金額と加入口数は…

① 保険金額

保険金額は代診を雇い入れるために必要な費用を確認のうえ、先生のご加入直前12か月における所得の平均月間額の範囲内でご検討ください。

② ご加入口数

69歳までの方は60口まで、ご加入いただけます。

注)1. 年齢は令和5年10月1日における満年齢です。(中途加入の方は中途加入日における満年齢です。)

注)2. 70歳以上の方に関しては条件付きでご加入可能ですので、広島富士見(株)までご連絡ください。

1口あたりの代診費用保険金額

1か月につき **10万円**

補償の対象となる期間は、支払対象外期間を超えた就業不能期間で、かつ、対象期間(1年)を限度とします。通算支払限度期間に関する特約がセットされているため、保険金のお支払いは、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日を限度とします。

なお、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日分の保険金が支払われた場合、満期時にご継続をお断りする場合があります。

(※)本特約をセットした契約への初めての加入をいいます。就業不能に対する対象期間は、最長1年です。

【同一原因で再び就業不能となった場合】

○支払対象外期間を超える就業不能が終了した後、その就業不能の原因となった身体障害によって6か月以内に就業不能が再発した場合は、後の就業不能は前の就業不能と同一の就業不能とみなします。ただし、就業不能が終了した日からその日を含めて6か月を経過した日の翌日以降に被保険者が再び就業不能になった場合は、後の就業不能は前の就業不能とは異なった就業不能とみなし、新たに支払対象外期間および対象期間を適用します。

■告知の大切さについてのご説明

○告知書はお客さま(保険の対象となる方)ご自身がありのままをご記入ください。

※口頭でお話し、または資料提示されただけでは告知していただいたことにはなりません。

○告知の内容が正しくないと、ご契約の全部または一部が解除になり保険金がお受け取りいただけない場合があります。

※「ご加入に際して、特にご注意いただきたいこと(注意喚起情報のご説明)」を必ずお読みください。

■毎月の保険料(1口あたり保険料)

(団体割引30%、保険期間1年、対象期間1年、支払対象外期間7日、職種級別1級、精神障害拡張補償特約・天災危険補償特約セット)

| 『代診費用補償』プラン | | STZ |
|-----------------------|----------|-------|
| 型名 | ご加入の口数 | 1口 |
| 月 払 保 険 料 | ご加入時の満年齢 | |
| | 20～24歳 | 690 |
| | 25～29歳 | 780 |
| | 30～34歳 | 960 |
| | 35～39歳 | 1,200 |
| | 40～44歳 | 1,490 |
| | 45～49歳 | 1,790 |
| | 50～54歳 | 2,070 |
| 55～59歳 | 2,190 | |
| 60～69歳 | 2,300 | |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 精神障害 拡張補償 | 天災危険 補償 |
|---------|----|--------------|------------|
| 7日 | 4日 | | |
| ● | — | ● | ● |

〈ご加入例〉

35歳の方が10口加入の場合

1,200円×10口=12,000円

- ・保険料は、保険始期日(・中途加入日)時点の満年齢によります。
- ・年齢は、保険期間の初日現在(中途加入の場合は中途加入日時点)の満年齢とします。
- ・ご契約更新時は、更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。年齢区分が変更になると、保険料が変更になります。

従業員給与補償プラン (事業主費用補償特約セット所得補償保険)

従業員さんの給与補償をご希望の方

(従業員の病気やケガの時の給与費用を補償します。)

1. 『従業員給与補償プラン』とは…

- ① **従業員の給与を補償する保険**
 万一、従業員が病気・ケガで就業不能となった時、先生の従業員への給与費用を補償する保険です。従業員の方々が安心して働ける環境作りをバックアップします。
- ② **長期間の費用補償**
 対象期間は、長期療養でも安心の1年間です。
- ③ **保険金は毎月支払い**
 就業不能期間が1か月以上の場合、ご請求があれば毎月保険金をお支払いします。
- ④ **24時間、どこでもワイドな補償**
 業務中・業務外、国内の事故によるケガ・国外の事故によるケガ、病気を問いません。
- ⑤ **団体割引30%で割安な保険料**
 日本歯科医師会団体契約ですから、個人加入よりも30%もお安くご加入できます。
- ⑥ **簡単なお加入手続き**
 健康診断の必要はありません。(従業員の皆さまの簡単な告知でご加入できます。※告知内容・過去の傷病歴等により、ご加入をお断りする場合があります。)
- ⑦ **楽しみな無事故戻し制度**
 1年間無事故の場合は、お支払いいただいた保険料の20%が戻ります。中途脱退の場合、返れい金はありません。
- ⑧ **天災危険補償特約**
 地震・噴火またはこれらによる津波によって被ったケガによる就業不能を補償します。
- ⑨ **精神障害拡張補償特約**
 気分障害(躁病、うつ病等)精神障害により就業不能となった場合でも補償します。(アルコール依存、薬物依存等はお支払いの対象となりません。)

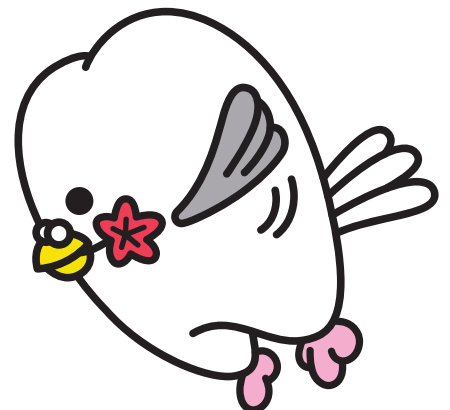
2. お支払いする費用保険金は…

従業員給与補償保険金

- 従業員が病気・ケガによって就業不能となり、事業主である先生がその従業員を雇用しながら給与等の費用^(注)を支払った場合、支払対象外期間7日を超えた時に、支払対象外期間終了の翌日から保険金を事業主である先生に対してお支払いします。
- 保険金は、対象期間内に発生した費用実額に対して支払われ、(保険金月額) × (保険金支払対象期間) が限度額となります。

(注) 給与等の費用とは

賃金、給与、手当、賞与その他名称のいかんを問わず、労働の対価として、事業主が被保険者に支払っていたすべてのものをいいます。ただし、退職金、見舞金、出張旅費・宿泊費、事業主が全額負担する保険料等は含まれません。



3. 保険金額と保険料は…

保険金額は従業員のご加入直前12か月における所得の平均月間額の範囲内で設定してください。

1口あたりの給与補償保険金額

1か月につき **10万円**

補償の対象となる期間は、支払対象外期間を超えた就業不能期間で、かつ、対象期間(1年)を限度とします。算支払限度期間に関する特約がセットされているため、保険金のお支払いは、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日を限度とします。

なお、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日分の保険金が支払われた場合、満期時にご継続をお断りする場合があります。

(※)本特約をセットした契約への初めての加入をいいます。就業不能に対する対象期間は、最長1年です。

【同一原因で再び就業不能となった場合】

○支払対象外期間を超える就業不能が終了した後、その就業不能の原因となった身体障害によって6か月以内に就業不能が再発した場合は、後の就業不能は前の就業不能と同一の就業不能とみなします。ただし、就業不能が終了した日からその日を含めて6か月を経過した日の翌日以降に被保険者が再び就業不能になった場合は、後の就業不能は前の就業不能とは異なった就業不能とみなし、新たに支払対象外期間および対象期間を適用します。

■告知の大切さについてのご説明

- 告知書はお客さま(保険の対象となる方)ご自身がありのままをご記入ください。
※口頭でお話し、または資料提示されただけでは告知していただいたことにはなりません。
- 告知の内容が正しくないと、ご契約の全部または一部が解除になり保険金がお受け取りいただけない場合があります。
※「ご加入に際して、特にご注意くださいこと(注意喚起情報のご説明)」を必ずお読みください。

■毎月の保険料(1口あたり保険料)

(団体割引30%、保険期間1年、対象期間1年、支払対象外期間7日、職種級別1級、精神障害拡張補償特約・天災危険補償特約セット)

| 『従業員給与補償』プラン | | |
|-----------------------|----------|-------|
| | 型名 | STZ |
| 月 払 保 険 料 | ご加入の口数 | 1口 |
| | ご加入時の満年齢 | |
| | 20~24歳 | 690 |
| | 25~29歳 | 780 |
| | 30~34歳 | 960 |
| | 35~39歳 | 1,200 |
| | 40~44歳 | 1,490 |
| | 45~49歳 | 1,790 |
| | 50~54歳 | 2,070 |
| 55~59歳 | 2,190 | |
| 60~69歳 | 2,300 | |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 精神障害 拡張補償 | 天災危険 補償 |
|---------|----|--------------|------------|
| 7日 | 4日 | | |
| ● | — | ● | ● |

〈ご加入例〉
25歳の方が3口加入の場合
780円×3口=2,340円

- ・保険料は、保険始期日(・中途加入日)時点の満年齢によります。
- ・年齢は、保険期間の初日現在(中途加入の場合は中途加入日時点)の満年齢とします。
- ・ご契約更新時は、更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。年齢区分が変更になると、保険料が変更になります。

注)この保険金は、従業員の方へではなく、事業主である先生に支払われるものです。

奥さま入院安心プラン (家事従事者特約セット所得補償保険)

先生の奥さまへの補償をご希望の方

(奥さま(専業主婦も可)が病気やケガで入院された場合に補償します。)

1. 『奥さま入院安心プラン』とは…

- ① **先生の奥さまが入院された場合にお支払いする保険**
 万一、先生の奥さまが**病気・ケガで入院された場合、保険金をお支払いします。**
 *本プランでは入院された場合のみ対象となります。
- ② **長期間の費用補償**
 対象期間は、長期療養でも安心の1年間です。
- ③ **保険金は毎月支払い**
 入院期間が1か月以上の場合、ご請求があれば毎月保険金をお支払いします。
- ④ **24時間、どこでもワイドな補償**
 国内・国外を問わず病気、事故によるケガにより入院された場合を補償します。
- ⑤ **団体割引30%で割安な保険料**
 日本歯科医師会団体契約ですから、個人加入よりも30%もお安くご加入できます。
- ⑥ **簡単なお加入手続き**
 健康診断の必要はありません。(奥さまの簡単な告知のみでご加入できます。※告知内容・過去の傷病歴等により、ご加入をお断りする場合があります。)
- ⑦ **楽しみな無事故戻し制度**
 1年間無事故の場合は、お支払いいただいた保険料の20%が戻ります。中途脱退の場合、返れい金はありません。
- ⑧ **天災危険補償特約**
 地震・噴火またはこれらによる津波によって被ったケガによる就業不能を補償します。
- ⑨ **精神障害拡張補償特約**
 気分障害(躁病、うつ病等)精神障害により就業不能となった場合でも補償します。
 (アルコール依存、薬物依存等はお支払いの対象となりません。)

2. お支払いする保険金は…

奥さま入院安心保険金

- 先生の奥さまが病気・ケガによって**入院された場合**、支払対象外期間7日を超えた時に、支払対象外期間終了の翌日から保険金をお支払いします。



3. 保険金額と保険料は…

① 保険金額

家事従事者の奥さまを対象として、保険金額1か月につき15万円(5口)が限度となります。

※家事従事者とは…主としてご家庭において、炊事、掃除、洗濯および育児等の家事を行っている方で、パート・アルバイト等の仕事を行っていても、配偶者控除の対象となる方はご加入いただけます。

② ご加入口数

5口までご加入いただけます。

注)1. 年齢は令和5年10月1日における満年齢です。(中途加入の方は中途加入日における満年齢です。)

注)2. 70歳以上の方に関してはご加入できませんのであらかじめご了承ください。

1口あたりの奥さま入院安心保険金額

1か月につき **3万円**

補償の対象となる期間は、支払対象外期間を超えた就業不能期間で、かつ、対象期間(1年)を限度とします。通算支払限度期間に関する特約がセットされているため、保険金のお支払いは、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日を限度とします。

なお、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日分の保険金が支払われた場合、満期時にご継続をお断りする場合があります。

(※)本特約をセットした契約への初めての加入をいいます。就業不能に対する対象期間は、最長1年です。

【同一原因で再び就業不能となった場合】

○支払対象外期間を超える就業不能が終了した後、その就業不能の原因となった身体障害によって6か月以内に就業不能が再発した場合は、後の就業不能は前の就業不能と同一の就業不能とみなします。ただし、就業不能が終了した日からその日を含めて6か月を経過した日の翌日以降に被保険者が再び就業不能になった場合は、後の就業不能は前の就業不能とは異なった就業不能とみなし、新たに支払対象外期間および対象期間を適用します。

■告知の大切さについてのご説明

○告知書はお客さま(保険の対象となる方)ご自身がありのままをご記入ください。

※口頭でお話し、または資料提示されただけでは告知していただいたことにはなりません。

○告知の内容が正しくないと、ご契約の全部または一部が解除になり保険金がお受け取りいただけない場合があります。

※「ご加入に際して、特にご注意くださいこと(注意喚起情報のご説明)」を必ずお読みください。

■毎月の保険料(1口あたり保険料)

(団体割引30%、保険期間1年、対象期間1年、支払対象外期間7日、職種級別1級、精神障害拡張補償特約・天災危険補償特約セット)

| 『奥さま入院安心』プラン | | |
|-----------------------|----------|-----|
| | 型名 | STW |
| 月 払 保 険 料 | ご加入の口数 | 1口 |
| | ご加入時の満年齢 | |
| | 20~24歳 | 132 |
| | 25~29歳 | 150 |
| | 30~34歳 | 186 |
| | 35~39歳 | 231 |
| | 40~44歳 | 285 |
| | 45~49歳 | 342 |
| | 50~54歳 | 396 |
| 55~59歳 | 420 | |
| 60~69歳 | 441 | |

単位：円

| 支払対象外期間 | | 精神障害 拡張補償 | 天災危険 補償 |
|---------|----|--------------|------------|
| 7日 | 4日 | | |
| ● | — | ● | ● |

〈ご加入例〉

35歳の専業主婦の方が5口加入の場合
231円×5口=1,155円

左表にない年齢の方がご加入される場合は、損保ジャパンまたは取扱代理店までお問い合わせください。(ただし、満16歳以上満69歳以下の方にかぎります。)

・本保険は介護医療保険料控除の対象となります。(令和5年7月現在)

・保険料は、保険始期日(・中途加入日)時点の満年齢によります。

・ご契約更新時は、更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。年齢区分が変更になると、保険料が変更になります。

長期休業補償プラン (団体長期障害所得補償保険)

1年を超える長期の休業補償をご希望の方

(支払対象外期間365日を超える就業障害である期間を補償します。)

1. この保険の特長

① **満70歳までロングに補償！**

病気やケガにより就業障害となり働けなくなった場合、月々の所得を最長満70歳まで補償します。

② **24時間補償！**

業務中の事故だけでなく、業務外の事故によるケガや病気も補償の対象となります。
国内・国外いつでもどこでも24時間補償します。

③ **復職後もしっかりサポート！**

仕事に復帰した後も十分に働けないために20%を超える所得の減少がある場合には、その割合に応じて保険金をお支払いします。

④ **病気やケガのまま退職した後も安心！**

後遺障害により万が一退職された場合には、退職後も継続して補償します。

⑤ **精神障害による就業障害も補償！**

気分障害(躁病・うつ病等)、統合失調症、神経衰弱、血管性認知症、知的障害等による就業障害もお支払いの対象となります。精神障害拡張補償特約による保険金のお支払いは、主契約の対象期間にかかわらず、支払対象外期間終了日の翌日から起算して2年を限度とします。
(アルコール依存、薬物依存等はお支払いの対象となりません。)

⑥ **加入手続きも簡単！**

ご加入にあたっては、所定の告知書の質問事項にお答えいただくだけで医師の診査は不要です。
※ご加入時に健康状態に関する告知書をご提出いただきます。告知書の内容によりご加入をお断りする場合があります。

⑦ **インフレ対応機能付き！**

インフレによる受取保険金額の目減りがないように、保険金額を物価上昇に合わせて遡増させて保険金をお支払いします。

⑧ **歯科医師として就業不能であれば補償が開始されます！**

直前に従事(歯科医師業)していた業務に全く従事できないことが継続することで補償がスタート。

(注) 保険金のお支払方法は、保険金額が定額でお支払いとなるのではなく、保険金額に所得喪失率(所得が減少した割合)を乗じた金額がお支払いとなります。詳しくは「補償の内容」をご参照ください。

2. 保険金額は…

1口あたりの
長期休業補償
保険金額

病気・傷害で
長期休業のとき

1か月につき **10万円**

※加入口数は1口以上(10万円以上)で1口(10万円)刻み15口(150万円)まで加入できます。

※**ご加入直前12か月における所得の平均月間額×85%の範囲内**でお申し込みください。

■告知の大切さについてのご説明

- 告知書はお客さま(保険の対象となる方)ご自身がありのままをご記入ください。
※口頭でお話し、または資料提示されただけでは告知していただいたことにはなりません。
- 告知の内容が正しくないと、ご契約の全部または一部が解除になり保険金がお受け取りいただけない場合があります。
※「ご加入に際して、特にご注意くださいこと(注意喚起情報のご説明)」を必ずお読みください。

3. 月払保険料は…

■毎月の保険料(1口あたり保険料)

(団体割引30%、保険期間1年、対象期間70歳まで^(注)、支払対象外期間365日^{*}、精神障害拡張補償特約セット)
 (注)65歳~69歳の方の対象期間は、3年間となります。

※支払対象外期間を90日または180日とするタイプもご用意しています。ご希望の先生は別途お問い合わせください。

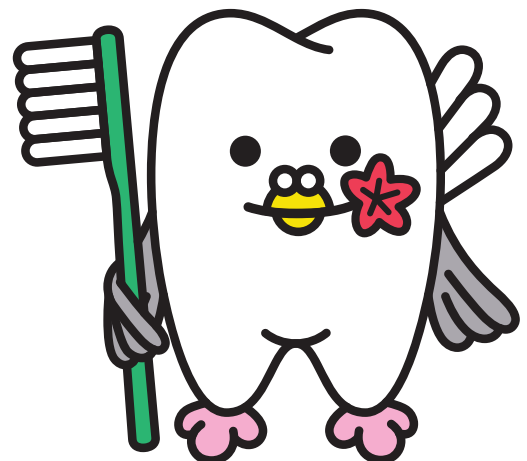
| 男性 | | |
|--------|-------------------------|-------------------------|
| 満年齢区分 | 月払保険料 天災危険補償 特約あり | 月払保険料 天災危険補償 特約なし |
| 15~24歳 | 1,015 | 995 |
| 25~29歳 | 1,046 | 1,026 |
| 30~34歳 | 1,142 | 1,120 |
| 35~39歳 | 1,418 | 1,390 |
| 40~44歳 | 2,141 | 2,099 |
| 45~49歳 | 3,224 | 3,161 |
| 50~54歳 | 4,955 | 4,857 |
| 55~59歳 | 6,744 | 6,612 |
| 60~64歳 | 7,382 | 7,237 |
| 65~69歳 | 6,119 | 5,999 |

単位：円

| 女性 | | |
|--------|-------------------------|-------------------------|
| 満年齢区分 | 月払保険料 天災危険補償 特約あり | 月払保険料 天災危険補償 特約なし |
| 15~24歳 | 713 | 699 |
| 25~29歳 | 923 | 905 |
| 30~34歳 | 1,228 | 1,204 |
| 35~39歳 | 1,810 | 1,775 |
| 40~44歳 | 2,952 | 2,895 |
| 45~49歳 | 4,374 | 4,288 |
| 50~54歳 | 6,204 | 6,083 |
| 55~59歳 | 7,425 | 7,279 |
| 60~64歳 | 6,996 | 6,859 |
| 65~69歳 | 5,208 | 5,106 |

単位：円

- ・令和5年10月1日現在で、満69歳以下の方のみ加入できます。
- ・保険料は、保険始期日(・中途加入日)時点の満年齢によります。年齢は、保険期間の初日現在(・中途加入の場合は中途加入日時点)の満年齢とします。
- ・ご契約更新時は更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。年齢区分が変更になると、保険料が変更になります。
- ・本保険は介護医療保険料控除の対象となります。(令和5年7月現在)



ご加入に際して特にご確認いただきたい事項や、ご加入者にとって不利益になる事項等、特にご注意いただきたい事項を記載しています。ご加入になる前に必ずお読みいただきますようお願いいたします。

【加入者ご本人以外に被保険者(保険の対象となる方。以下同様とします。)にも、このパンフレットに記載した内容をお伝えください。

また、ご加入の際は、ご家族の方にもご契約内容をお知らせください。】

所得補償保険のあらまし(契約概要のご説明)

■商品の仕組み：この保険は所得補償保険普通保険約款に各種特約をセットしたものです。

■保険契約者：公益社団法人日本歯科医師会

■保険期間：令和5年10月1日午後4時から1年間となります。

■申込締切日：令和5年9月21日(木)

■引受条件(保険金額等)、保険料、保険料払込方法等：引受条件(保険金額等)、保険料は本パンフレットに記載しておりますので、ご確認ください。

●加入対象者：広島県歯科医師会会員の方

●被保険者：加入者本人、加入者の家族、従業員およびその家族。

- *1. 休業補償プランは新規加入の場合、満20歳以上満79歳以下で有職の方(継続加入の場合は満89歳以下の方)にかぎります。
- *2. 代診費用補償プランは事業主および事業主と雇用、委任等の契約関係がある方を被保険者としてご加入いただけます。(新規加入の場合、満20歳以上満69歳以下の方(継続加入の場合も満69歳以下の方)にかぎります。)
- *3. 従業員給与補償プランは事業主と雇用関係がある従業員の方を被保険者としてご加入いただけます。(新規加入の場合、満20歳以上満69歳以下の方(継続加入の場合も満69歳以下の方)にかぎります。)
- *4. 奥さま入院安心プランをセットされる場合、被保険者は、満16歳以上満69歳以下で主として被保険者の家庭において炊事、掃除、洗濯および育児等の家事を行っている方(家事従事者)にかぎります。

●お支払方法：令和5年12月から毎月県歯会指定預金口座より引き落としさせていただきます。(12回払)

●お手続き方法：下表のとおり必要書類にご記入のうえ、ご加入窓口の広島富士見(株)までご送付ください。

| ご加入対象者 | | お手続き方法 |
|-----------|---|--|
| 新規加入者の皆さま | | 添付の「加入依頼書」、「告知書」に必要事項をご記入のうえ、ご提出いただけます。 |
| 既加入者の皆さま | 前年と同等条件のプラン(送付した加入依頼書に打ち出しのプラン)で継続加入を行う場合 | 書類のご提出は不要です。 |
| | ご加入プランを変更するなど前年と条件を変更して継続加入を行う場合※1 | 前年と条件を変更する旨を記載した「加入依頼書」、「告知書」※2をご提出いただけます。※2 告知書は、保険金額の増額等、補償を拡大して継続される場合のみご提出が必要です。 |
| | 継続加入を行わない場合 | 継続加入を行わない旨を記載した「加入依頼書」をご提出いただけます。 |

※1「前年と条件を変更して加入を行う場合」には、あらかじめ加入依頼書に打ち出された継続前の職業・職種に変更が必要な場合を含みます。加入依頼書の修正方法は広島富士見(株)までお問い合わせください。

●中途加入：随時ご加入できますが、毎月20日を歯科医師会への締切日として、保険期間は翌月1日から令和6年10月1日午後4時までとなります。保険料はご加入月の2か月後より毎月県歯会指定預金口座より引き落としさせていただきます。

●中途脱退：この保険から脱退(解約)される場合は、広島富士見(株)までご連絡ください。

●団体割引は、本団体契約の前年のご加入人数により決定しています。次年度以降、割引率が変わることがありますので、あらかじめご了承ください。また、団体のご加入人数が10名を下回った場合は、この団体契約は成立しませんので、ご了承ください。

■満期返れい金・契約者配当金：この保険には、満期返れい金・契約者配当金はありません。

■無事故戻し返れい金：保険期間が満了した場合(保険期間の終期までご契約が有効に存続した場合)において、保険期間中に保険金をお支払いすべき就業不能の発生がなかったときは、保険料の20%を「無事故戻し返れい金」として、ご契約者にお返しします。(注)保険期間の途中で解約(脱退)等が行われた場合は、無事故戻しは行いません。

補償の内容【保険金をお支払いする主な場合とお支払いできない主な場合】

| 保険金をお支払いする場合 | お支払いする保険金の主な内容 | 保険金をお支払いできない主な場合 |
|---|---|---|
| 被保険者が、日本国内または国外において、保険期間中に身体障害(病気またはケガ)を被り、その直接の結果として就業不能になった場合 | 次の計算式によって算出した金額をお支払いします。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> $\text{お支払いする保険金の額} = \text{保険金額(月額)} (\ast 1) \times \text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} (\ast 2) \text{の月数} (\ast 3)$ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> $\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} (\ast 2) = \text{就業ができない期間} - \text{支払対象外期間}$ </div> <p>(※1) 加入依頼書等記載の保険金額(月額)をいい、就業不能1か月についての額とします。ただし、平均月間所得額が保険金額(月額)より小さい場合は、平均月間所得額となります。 (※2) 加入依頼書等に記載された業務に全く従事できない期間が支払対象外期間を超えた時から対象期間(1年)が始まり、その対象期間内における就業不能の期間(日数)をいいます。 (※3) 就業不能期間(保険金をお支払いする期間)が1か月に満たない場合または就業不能期間(保険金をお支払いする期間)</p> | ●次の事由によって被った身体障害(病気またはケガ)による就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。 ①故意または重大な過失 ②自殺行為、犯罪行為または闘争行為 ③麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、シンナー等の使用(治療を目的として医師が用いた場合を除きます。) ④妊娠、出産、早産または流産 ⑤戦争、外国の武力行使、暴動(テロ行為(※1)を除きます。)、核燃料物質等によるもの |

| 保険金をお支払いする場合 | お支払いする保険金の主な内容 | 保険金をお支払いできない主な場合 |
|--|--|--|
| <p>被保険者が、日本国内または国外において、保険期間中に身体障害(病気またはケガ)を被り、その直接の結果として就業不能になった場合</p> | <p>に1か月未満の端日数がある場合は、1か月を30日として日割計算します。</p> <p>(注1)対象期間(1年)を経過した後の期間の就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>(注2)原因または時が異なっても発生した身体障害により就業不能期間が重複する場合は、重複する期間に対して重ねて保険金をお支払いしません。</p> <p>(注3)初年度加入の締結の後に保険金のお支払条件の変更があった場合は、次の①または②の保険金の額のうち、いずれか低い金額をお支払いします。ただし、身体障害を被った時から起算して1年を経過した後に就業不能となった場合を除きます。</p> <p>①被保険者が身体障害を被った時のお支払条件により算出された保険金の額</p> <p>②被保険者が就業不能になった時のお支払条件により算出された保険金の額</p> <p>(注4)支払対象外期間を超える就業不能が終了した後、その就業不能の原因となった身体障害によって6か月以内に就業不能が再発した場合は、後の就業不能は前の就業不能と同一の就業不能とみなします。ただし、就業不能が終了した日からその日を含めて6か月を経過した日の翌日以降に被保険者が再び就業不能になった場合は、後の就業不能は前の就業不能とは異なった就業不能とみなし、新たに支払対象外期間および対象期間を適用します。</p> <p>(注5)通算支払限度期間に関する特約がセットされているため、保険金のお支払いは、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日を限度とします。</p> <p>なお、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日分の保険金がお支払われた場合、満期時にご継続をお断りする場合があります。</p> <p>(※)本特約をセットした契約への初めての加入をいいます。</p> <p>(注6)骨髄採取手術を直接の目的として入院した場合、支払対象外期間はなく、対象期間における被保険者の就業不能の日数に4日を加えた日数を就業不能期間として保険金をお支払いします。なお、初年度加入の保険期間の初日から1年後の応当日の翌日以降である場合にのみ保険金をお支払いします。</p> <p>(注7)入院による就業不能時追加補償特約(支払対象外期間0日)がセットされた場合、基本補償の支払対象外期間中であっても、入院による就業不能期間(日数)をお支払いの対象として、基本補償の保険金支払方法と同様に、保険金をお支払いします。なお、この特約の対象期間は、就業不能の開始した日から7日(補償充実タイプ・エコノミータイプⅡの場合は4日)までとなります。</p> <p>(注8)入院による就業不能時追加補償特約(支払対象外期間0日)についても(注4)の規定が適用されます。このため、同一の就業不能とみなされた場合は、複数回入院されたときであっても、この特約の対象期間(就業不能の開始した日から7日(補償充実タイプ・エコノミータイプⅡの場合は4日))を超えた後の入院については、お支払いの対象となりません。</p> | <p>⑥頸(けい)部症候群(いわゆる「むちうち症」)、腰痛等で医学的他覚所見(※2)のないもの など</p> <p>●次の事由によって被ったケガによる就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>⑦自動車または原動機付自転車の無資格運転、酒気を帯びた状態での運転 など</p> <p>●次に該当する就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>⑧精神障害、血管性認知症、知的障害、人格障害、アルコール依存および薬物依存等の精神障害を被り、これを原因として生じた就業不能</p> <p>⑨妊娠または出産を原因とした就業不能</p> <p>(注)精神障害拡張補償特約がセットされた場合、気分障害(躁病、うつ病等)、統合失調症、神経衰弱、血管性認知症、知的障害等一部の精神障害を被り、これを原因として生じた就業不能はお支払いの対象となります。(アルコール依存、薬物依存等はお支払いの対象とはなりません。)</p> <p>(※1)「テロ行為」とは、政治的・社会的もしくは宗教・思想的な主義・主張を有する団体・個人またはこれと連帯するものがその主義・主張に関して行う暴力的行為をいいます。以下同様とします。</p> <p>(※2)「医学的他覚所見」とは、理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見をいいます。以下同様とします。</p> |
| <p>被保険者が、日本国内または国外において、保険期間中に急激かつ偶然な外来の事故(以下「事故」といいます。)によってケガされた場合</p> | <p>(1)死亡保険金 事故の発生の日からその日を含めて180日以内に死亡された場合、特約保険金額の全額をお支払いします。ただし、すでに後遺障害保険金をお支払いしている場合は、その金額を差し引いてお支払いします。</p> <p style="text-align: center;">死亡保険金の額＝特約保険金額の全額</p> <p>(2)後遺障害保険金 事故の発生の日からその日を含めて180日以内に後遺障害が生じた場合、その程度に応じて特約保険金額の4%～100%をお支払いします。ただし、お支払いする後遺障害保険金の額は、保険期間を通じ、特約保険金額を限度とします。</p> <p style="text-align: center;">後遺障害保険金の額＝特約保険金額× 後遺障害の程度に応じた割合(4%～100%)</p> | <p>①故意または重大な過失</p> <p>②自殺行為、犯罪行為または闘争行為</p> <p>③無資格運転、酒気を帯びた状態での運転または麻薬等により正常な運転ができないおそれがある状態での運転</p> <p>④脳疾患、疾病または心神喪失</p> <p>⑤妊娠、出産、早産または流産</p> <p>⑥外科的手術その他の医療処置</p> <p>⑦戦争、外国の武力行使、暴動(テロ行為を除きます。)、核燃料物質等によるもの</p> <p>⑧頸(けい)部症候群(いわゆる「むちうち症」)、腰痛等で医学的他覚所見のないもの</p> <p>⑨ピッケル等の登山用具を使用する山岳登山、ロッククライミング(フリークライミングを含みます。)、登る壁の高さが5mを超えるボルダリング、航空機操縦(職務として操縦する場合を除きます。)、ハンググライダー搭乗等の危険な運動を行っている間の事故</p> <p>⑩自動車、原動機付自転車等による競技、競争、興行(これらに準ずるものおよび練習を含みます。)の間の事故 など</p> |

所得補償保険(基本補償)(*)

傷害による死亡・後遺障害補償特約

| 保険金をお支払いする場合 | お支払いする保険金の主な内容 | 保険金をお支払いできない主な場合 |
|--|--|---|
| <p>家事従事者特約(*)</p> <p>被保険者が、日本国内または国外において、保険期間中に身体障害(病気またはケガ)を被り、その身体障害の治療のため入院していることにより家事労働に全く従事できない状態である場合</p> | <p>次の計算式によって算出した金額をお支払いします。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> $\text{お支払いする保険金の額} = \text{保険金額(月額)} \text{ (※1)} \times \text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} \text{ (※2)} \text{ の月数} \text{ (※3)}$ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> $\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} \text{ (※2)} = \text{就業ができない期間} - \text{支払対象外期間}$ </div> <p>(※1) 加入依頼書等記載の保険金額(月額)をいい、就業不能1か月についての額とします。ただし、平均月間所得額が保険金額(月額)より小さい場合は、平均月間所得額となります。</p> <p>(※2) 加入依頼書等に記載された業務に全く従事できない期間が支払対象外期間を超えた時から対象期間(1年)が始まり、その対象期間内における就業不能の期間(日数)をいいます。</p> <p>(※3) 就業不能期間(保険金をお支払いする期間)が1か月に満たない場合または就業不能期間(保険金をお支払いする期間)に1か月未満の端日数がある場合は、1か月を30日として日割計算します。</p> <p>(注1) 対象期間(1年)を経過した後の期間の就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>(注2) 原因または時が異なって発生した身体障害により就業不能期間が重複する場合は、重複する期間に対して重ねて保険金をお支払いしません。</p> <p>(注3) 初年度加入の締結の後に保険金のお支払条件の変更があった場合は、次の①または②の保険金の額のうち、いずれか低い金額をお支払いします。ただし、身体障害を被った時から起算して1年を経過した後に就業不能となった場合を除きます。</p> <p>① 被保険者が身体障害を被った時のお支払条件により算出された保険金の額</p> <p>② 被保険者が就業不能になった時のお支払条件により算出された保険金の額</p> <p>(注4) 支払対象外期間を超える就業不能が終了した後、その就業不能の原因となった身体障害によって6か月以内に就業不能が再発した場合は、後の就業不能は前の就業不能と同一の就業不能とみなします。ただし、就業不能が終了した日からその日を含めて6か月を経過した日の翌日以降に被保険者が再び就業不能になった場合は、後の就業不能は前の就業不能とは異なった就業不能とみなし、新たに支払対象外期間および対象期間を適用します。</p> <p>(注5) 通算支払限度期間に関する特約がセットされているため、保険金のお支払いは、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日を限度とします。</p> <p>なお、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日分の保険金が支払われた場合、満期時にご継続をお断りする場合があります。</p> <p>(※) 本特約をセットした契約への初めての加入をいいます。</p> <p>(注6) 骨髄採取手術を直接の目的として入院した場合、支払対象外期間はなく、対象期間における被保険者の就業不能の日数に4日を加えた日数を就業不能期間として保険金をお支払いします。なお、初年度加入の保険期間の初日から1年後の応当日の翌日以降である場合にのみ保険金をお支払いします。</p> | <p>● 次の事由によって被った身体障害(病気またはケガ)による就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>① 故意または重大な過失</p> <p>② 自殺行為、犯罪行為または闘争行為</p> <p>③ 麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、シンナー等の使用(治療を目的として医師が用いた場合を除きます。)</p> <p>④ 妊娠、出産、早産または流産</p> <p>⑤ 戦争、外国の武力行使、暴動(テロ行為を除きます。)、核燃料物質等によるもの</p> <p>⑥ 頸(けい)部症候群(いわゆる「むちうち症」)、腰痛等で医学的他覚所見のないもの など</p> <p>● 次の事由によって被ったケガによる就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>⑦ 自動車または原動機付自転車の無資格運転、酒気を帯びた状態での運転 など</p> <p>● 次に該当する就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>⑧ 精神病性障害、血管性認知症、知的障害、人格障害、アルコール依存および薬物依存等の精神障害を被り、これを原因として生じた就業不能</p> <p>⑨ 妊娠または出産を原因とした就業不能</p> <p>(注) 精神障害拡張補償特約がセットされた場合、気分障害(躁病、うつ病等)、統合失調症、神経衰弱、血管性認知症、知的障害等一部の精神障害を被り、これを原因として生じた就業不能はお支払いの対象となります。(アルコール依存、薬物依存等はお支払いの対象とはなりません。)</p> |
| <p>事業主費用補償特約(代診費用補償) (*)</p> <p>被保険者が日本国内または国外において、保険期間中に身体障害(病気またはケガ)を被り、その直接の結果として就業不能になった結果、事業主が被保険者の代行者を雇い入れるための費用等を負担した場合</p> | <p>対象期間内に事業主が代行者雇い入れ費用として実際に支出した以下の費用を保険金として事業主にお支払いします。</p> <p>① 代行者の給与、手当、交通費等の費用</p> <p>② 代行者を雇い入れるための求人広告費等の費用</p> <p>お支払いする保険金の額は、1回の就業不能につき、次の計算式によって算出した金額を限度とします。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> $\text{事業主費用保険金の額} = \text{特約保険金額(月額)} \text{ (※1)} \times \text{対象期間内における就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} \text{ (※2)} \text{ の月数} \text{ (※3)}$ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> $\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} \text{ (※2)} = \text{就業ができない期間} - \text{支払対象外期間}$ </div> <p>(※1) 加入依頼書等記載の保険金額(月額)をいい、就業不能1か月についての額とします。ただし、平均月間所得額が保険金額(月額)より小さい場合は、平均月間所得額となります。</p> <p>(※2) 加入依頼書等に記載された業務に全く従事できない期間が支払対象外期間を超えた時から対象期間(1年)が始まり、</p> | <p>● 次の事由によって被った身体障害(病気またはケガ)による就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>① 故意または重大な過失</p> <p>② 自殺行為、犯罪行為または闘争行為</p> <p>③ 麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、シンナー等の使用(治療を目的として医師が用いた場合を除きます。)</p> <p>④ 妊娠、出産、早産または流産</p> <p>⑤ 戦争、外国の武力行使、暴動(テロ行為を除きます。)、核燃料物質等によるもの</p> <p>⑥ 頸(けい)部症候群(いわゆる「むちうち症」)、腰痛等で医学的他覚所見のないもの など</p> |

| 保険金をお支払いする場合 | お支払いする保険金の主な内容 | 保険金をお支払いできない主な場合 |
|---|--|---|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">事業主費用補償特約(代診費用補償) (*)</p> | <p>その対象期間内における就業不能の期間(日数)をいいます。</p> <p>(※3)就業不能期間(保険金をお支払いする期間)が1か月に満たない場合または就業不能期間(保険金をお支払いする期間)に1か月未満の端日数がある場合は、1か月を30日として日割計算します。</p> <p>(注1)対象期間(1年)を経過した後の期間の就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>(注2)原因または時が異なつて発生した身体障害により就業不能期間が重複する場合は、重複する期間に対して重ねて保険金をお支払いしません。</p> <p>(注3)初年度加入の締結の後に保険金のお支払条件の変更があった場合は、次の①または②の保険金の額のうち、いずれか低い金額をお支払いします。ただし、身体障害を被った時から起算して1年を経過した後に就業不能となった場合を除きます。</p> <p>①被保険者が身体障害を被った時のお支払条件により算出された保険金の額</p> <p>②被保険者が就業不能になった時のお支払条件により算出された保険金の額</p> <p>(注4)支払対象外期間を超える就業不能が終了した後、その就業不能の原因となった身体障害によって6か月以内に就業不能が再発した場合は、後の就業不能は前の就業不能と同一の就業不能とみなします。ただし、就業不能が終了した日からその日を含めて6か月を経過した日の翌日以降に被保険者が再び就業不能になった場合は、後の就業不能は前の就業不能とは異なった就業不能とみなし、新たに支払対象外期間および対象期間を適用します。</p> <p>(注5)通算支払限度期間に関する特約がセットされているため、保険金のお支払いは、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日を限度とします。</p> <p>なお、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日分の保険金が支払われた場合、満期時にご継続をお断りする場合があります。</p> <p>(※)本特約をセットした契約への初めての加入をいいます。</p> <p>(注6)支払対象外期間に発生した費用、被保険者との雇用、委任等の契約関係が消滅した日以降に発生した費用に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>(注7)骨髄採取手術を直接の目的として入院した場合、支払対象外期間はなく、対象期間における被保険者の就業不能の日数に4日を加えた日数を就業不能期間として保険金をお支払いします。なお、初年度加入の保険期間の初日から1年後の応当日の翌日以降である場合にのみ保険金をお支払いします。</p> | <p>●次の事由によって被ったケガによる就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>⑦自動車または原動機付自転車の無資格運転、酒気を帯びた状態での運転 など</p> <p>●次に該当する就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>⑧精神障害、血管性認知症、知的障害、人格障害、アルコール依存および薬物依存等の精神障害を被り、これを原因として生じた就業不能</p> <p>⑨妊娠または出産を原因とした就業不能</p> <p>(注)精神障害拡張補償特約がセットされた場合、気分障害(躁病、うつ病等)、統合失調症、神経衰弱、血管性認知症、知的障害等一部の精神障害を被り、これを原因として生じた就業不能はお支払いの対象となります(アルコール依存、薬物依存等はお支払いの対象とはなりません)。</p> |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">事業主費用補償特約(従業員給与補償) (*)</p> <p>事業主が給与等の費用を支払っている被保険者が日本国内または国外において、保険期間中に身体障害(病気またはケガ)を被り、その直接の結果として就業不能となり、事業主が雇用関係を継続しながら給与等の費用を被保険者に支出し続けた場合</p> | <p>身体障害(病気またはケガ)により就業不能となった被保険者に対して、事業主が就業規則等に基づき対象期間内に実際に支出し続けた給与等の費用を保険金として事業主にお支払いします。</p> <p>お支払いする保険金の額は、1回の就業不能につき、次の計算式によって算出した額を限度とします。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> $\text{事業主費用保険金の額} = \text{特約保険金額(月額)} (\text{※1}) \times \text{対象期間内における就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} (\text{※2}) \text{の月数} (\text{※3})$ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> $\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} (\text{※2}) = \text{就業ができない期間} - \text{支払対象外期間}$ </div> <p>(※1)加入依頼書等記載の保険金額(月額)をいい、就業不能1か月についての額とします。ただし、平均月間所得額が保険金額(月額)より小さい場合は、平均月間所得額となります。</p> <p>(※2)加入依頼書等に記載された業務に全く従事できない期間が支払対象外期間を超えた時から対象期間(1年)が始まり、その対象期間内における就業不能の期間(日数)をいいます。</p> <p>(※3)就業不能期間(保険金をお支払いする期間)が1か月に満たない場合または就業不能期間(保険料をお支払いする期間)に1か月未満の端日数がある場合は、1か月を30日として日割計算します。</p> <p>(注1)対象期間(1年)を経過した後の期間の就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>(注2)原因または時が異なつて発生した身体障害により就業不能期間が重複する場合は、重複する期間に対して重ねて保険金をお支払いしません。</p> <p>(注3)初年度加入の締結の後に保険金のお支払条件の変更があった場合は、次の①または②の保険金の額のうち、いずれか低い金額をお支払いします。ただし、身体障害を被った時</p> | <p>●次の事由によって被った身体障害(病気またはケガ)による就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>①故意または重大な過失</p> <p>②自殺行為、犯罪行為または闘争行為</p> <p>③麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、シンナー等の使用(治療を目的として医師が用いた場合を除きます。)</p> <p>④妊娠、出産、早産または流産</p> <p>⑤戦争、外国の武力行使、暴動(テロ行為を除きます。)、核燃料物質等によるもの</p> <p>⑥頸(けい)部症候群(いわゆる「むちうち症」)、腰痛等で医学的他覚所見のないもの など</p> <p>●次の事由によって被ったケガによる就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>⑦自動車または原動機付自転車の無資格運転、酒気を帯びた状態での運転 など</p> |

| 保険金をお支払いする場合 | お支払いする保険金の主な内容 | 保険金をお支払いできない主な場合 |
|-----------------------|--|---|
| 事業主費用補償特約(従業員給与補償)(*) | <p>から起算して1年を経過した後に就業不能となった場合を除きます。</p> <p>①被保険者が身体障害を被った時のお支払条件により算出された保険金の額</p> <p>②被保険者が就業不能になった時のお支払条件により算出された保険金の額</p> <p>(注4)支払対象外期間を超える就業不能が終了した後、その就業不能の原因となった身体障害によって6か月以内に就業不能が再発した場合は、後の就業不能は前の就業不能と同一の就業不能とみなします。ただし、就業不能が終了した日からその日を含めて6か月を経過した日の翌日以降に被保険者が再び就業不能になった場合は、後の就業不能は前の就業不能とは異なった就業不能とみなし、新たに支払対象外期間および対象期間を適用します。</p> <p>(注5)通算支払限度期間に関する特約がセットされているため、保険金のお支払いは、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日を限度とします。</p> <p>なお、初年度加入(※)および継続加入の保険期間を通算して1,000日分の保険金を支払われた場合、満期時にご継続をお断りする場合があります。</p> <p>(※)本特約をセットした契約への初めての加入をいいます。</p> <p>(注6)支払対象外期間に発生した費用、および被保険者との雇用関係がなくなった後に発生した費用は、お支払いの対象になりません。</p> <p>(注7)骨髄採取手術を直接の目的として入院した場合、支払対象外期間はなく、対象期間における被保険者の就業不能の日数に4日を加えた日数を就業不能期間として保険金をお支払いします。なお、初年度加入の保険期間の初日から1年後の応当日の翌日以降である場合のみ保険金をお支払いします。</p> | <p>●次に該当する就業不能に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>⑧精神病性障害、血管性認知症、知的障害、人格障害、アルコール依存および薬物依存等の精神障害を被り、これを原因として生じた就業不能</p> <p>⑨妊娠または出産を原因とした就業不能</p> <p>(注)精神障害拡張補償特約がセットされた場合、気分障害(躁病、うつ病等)、統合失調症、神経衰弱、血管性認知症、知的障害等一部の精神障害を被り、これを原因として生じた就業不能はお支払いの対象となります(アルコール依存、薬物依存等はお支払いの対象とはなりません)。</p> |

(*)補償内容が同様のご契約(※1)が他にある場合は、補償が重複することがあります。補償が重複すると、対象となる事故については、どちらのご契約からでも補償されますが、いずれか一方のご契約からは保険金がお支払されない場合があります。ご加入にあたっては、補償内容の差異や保険金額をご確認いただき、補償・特約の要否をご判断ください(※2)。

(※1)所得補償保険の他、傷害保険・火災保険・自動車保険などにセットされる特約や他社のご契約を含みます。

(※2)1契約のみに補償・特約をセットした場合、ご契約を解約したときや、家族状況の変化(同居から別居への変更等)により被保険者が補償の対象外になったときなどは、補償がなくなることがありますので、ご注意ください。

その他ご注意ください

・「特定疾病等対象外の条件」がセットされたご契約を継続される場合、継続後契約においても、原則として「特定疾病等対象外の条件」がセットされます。

(注)「特定疾病等対象外の条件」がセットされたご契約は、該当する疾病群により、以下の特別な条件がセットされています。補償対象外とする疾病・症状が発病した場合には、保険金をお支払いできません。

| セットされる条件 | 補償対象外とする疾病・症状 | 補償対象外機関 |
|-------------|---|----------------------------|
| 特定疾病等対象外の条件 | 該当する疾病群に属するすべての疾病 (注)例えばA群を補償対象外としてご加入いただいている場合、下表記載の疾病に関わらず、胃・腸の疾病はすべて補償対象外となります。 | 全保険期間(継続契約においても原則として同様です)。 |

<補償対象外とする疾病・症状の例>

| 疾病群 | 補償対象外とする疾病・症状 |
|---------------------|---|
| A群 胃・腸の疾病 | 炎症性腸疾患(かいよう性大腸炎・クローン病)、胃・腸・十二指腸のかいよう、腹膜炎、胃・腸のポリープ、腸閉塞、大腸炎など |
| B群 肝臓・胆のう・すい臓の疾病 | 肝硬変、慢性肝炎、肝肥大、すい炎、急性肝炎、肝のうよう、胆石、胆のう炎 慢性腎炎、ネフローゼ、腎不全、副腎しゅよう、腎盂炎、急性腎炎、腎臓・膀胱・尿路の結石 など |
| C群 腎臓・泌尿器の疾病 | 慢性腎炎、ネフローゼ、腎不全、副腎しゅよう、腎盂炎、急性腎炎、腎臓・膀胱・尿路の結石 など |
| D群 気管支・肺の疾病 | 結核、肺線維症、慢性閉塞性肺疾患、(COPD(慢性気管支炎・肺気腫など))、肋膜炎、膿胸、ぜんそく、気管支拡張症、肺炎、肺壞疽、自然気胸 など |
| E群 脳血管・循環器関係の疾病 | 脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳軟化)・くも膜下出血)、心臓弁膜症、心筋こうそく、心筋症、狭心症、不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。)、心雑音、動脈硬化症、動脈瘤、高血圧症、静脈瘤 など |
| F群 腰・脊椎の疾病 | 骨のしゅよう性疾患、腰痛症、変形性脊椎症、ギックリ腰、椎間板ヘルニア、骨粗しょう症、後縦靱帯骨化症 など |
| H群 眼の疾病 | 白内障、緑内障、網膜炎、網膜症 など |
| I群 ご婦人の疾病 | 子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣のう腫、乳腺症(乳腺繊維腺腫を含みます。)、不正出血 など |

・ご継続手続き時に再告知いただくことで、継続後契約の保険始期から「特定疾病等対象外の条件」を削除できることがあります。ただし、再告知時点における告知内容によりお引受条件を決定するため、「特定疾病等対象外の条件」を削除できないこともあります。なお、保険期間の中途での削除はできません。

・詳しい内容につきましては、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

●基本補償の保険金額の設定について

・保険金額は、高額療養費制度等の公的保険制度(※)を踏まえ設定してください。基本補償の保険金額は、ご加入直前12か月における所得の平均月間額の範囲内で、健康保険等の公的医療保険制度からの給付額等も考慮のうえ設定してください。

(※)公的保険制度の概要につきましては、金融庁のホームページ(<https://www.fsa.go.jp/ordinary/insurance-portal.html>)等をご確認ください。

・他の保険契約等(※)にご加入の場合は、ご加入いただける保険金額を制限することがありますので、ご加入時にお申し出ください。

(※)「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

【基本補償・家事従事者特約】

| 被保険者が加入している公的医療保険制度 | ご加入直前12か月における所得の平均月間額に対する保険金額割合 |
|---------------------|---|
| 国民健康保険(例：個人事業主) | 85%以下 |
| 健康保険(例：給与所得者) | 50%以下 ※健康保険に優先して勤務先企業から休業補償が行われる場合は、40%以下 |

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| 被保険者が加入している公的医療保険制度 | ご加入直前12か月における所得の平均月間額に対する保険金額割合 |
| 共済組合(例：公務員) | 40%以下 |

(注) 家事従事者特約をセットされた場合は、保険金額(月額)は15万円が限度となります。

〔事業主費用補償特約(代診費用補償)〕

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| 被保険者 | ご加入直前12か月における所得の平均月間額に対する保険金額割合 |
| 個人事業主本人が被保険者となる場合 | 85%以下 |
| 上記以外 | 100%以下 |

〔事業主費用補償特約(従業員給与補償)〕

| | | |
|------------------------|------------------|---------------------------------|
| 被保険者 | 他の保険契約等(※)の加入の有無 | ご加入直前12か月における所得の平均月間額に対する保険金額割合 |
| 加入者である事業主と雇用関係がある従業員の方 | あり | 他の保険契約等(※)と合計して100%以下 |
| | なし | 100%以下 |

本保険の税法上の取扱いについて

※令和5年7月現在。詳細につきましては税理士にご確認ください。

| 保険加入者 【保険料負担者】 | 被保険者 | 保険金受取人 | | | 保 険 料 | |
|-------------------|---------------------|-----------|-----------|------------|--|---------------------------|
| | | 基本 契約 | 傷害特約 | | 保険契約者の 税務処理 | 被保険者に対する 課税関係 |
| | | | 後遺障害 | 死亡 | | |
| 医療法人 | 役員 | 役員 | 役員 | 法人 | 役員報酬として損金算入可。 ※ただし、税法上過大な報酬にあたる場合は、過大な部分の損金算入不可 | 保険料が役員の報酬(給与)・賞与として所得税の対象 |
| | | | | 役員の相続人 | | |
| | 従業員 (一部従業員のみのみ) | 従業員 | 従業員 | 法人 | 損金算入可 | 一部従業員のみの場合、所得税の対象 |
| | | | | 従業員の相続人 | | |
| | 役員 従業員 (全員付保) | 役員 従業員 | 役員 従業員 | 法人 | 福利厚生費として損金算入可 | 所得税の対象となりません |
| | | | | 役員・従業員の相続人 | | |
| 個人開業医 | 本人 | 本人 | 本人 | 相続人 | 必要経費に算入不可。 (家事関連費であり「業務について生じた費用」には該当しません) | 介護医療保険料控除の対象となります |
| | | | | 法人 | | |
| | 従業員 | 従業員 | 従業員 | 従業員の相続人 | 必要経費(福利厚生費)に算入可 | 所得税の対象となりません |

(注) 『税法上の過大な報酬』の定義は特にありません。通常は定款の規定などで定められた報酬の限度額を超えている場合の、その超えている部分が『過大な報酬』になります。税務調査等でその保険料を含めた報酬が過大と判定された場合、過大な部分の損金計上は不可となります。尚、一般的には、金額および支給時期がほぼ一定している保険料は役員報酬と見なされ、『過大な報酬』に該当しなければ損金算入が可能です。詳しくは顧問税理士にご相談ください。

用語のご説明

| 用語 | 用語の定義 |
|---------------------|---|
| 疾病(病気) | 傷害以外の身体の障害をいいます。 |
| 支払対象外期間 | 就業不能が開始した日から起算して、継続して就業不能である加入依頼書等記載の期間(日数)をいい、この期間に対しては、保険金をお支払いしません。 (※) 骨髄採取手術(組織の機能に障害がある者に対して骨髄幹細胞を移植することを目的とした被保険者の骨髄幹細胞を採取する手術をいいます。ただし、骨髄幹細胞の提供者と受容者が同一人となる自家移植の場合を除きます。以下同様とします。)を直接の目的として入院した場合には、支払対象外期間はありません。 |
| 就業不能 | 身体障害を被り、その身体障害の治療のために入院(※)していること、または入院以外で医師の治療を受けていることにより、加入依頼書等記載の職業または職務に全く従事できない状態をいいます。なお、被保険者がその身体障害に起因して死亡された後もしくはその身体障害が治癒された後は、この保険契約においては、就業不能とはいいません。 (※) 骨髄採取手術を直接の目的として入院した場合は、加入依頼書等記載の職業または職務に全く従事できない状態をいいます。 |
| 就業不能期間(保険金をお支払する期間) | 対象期間内における被保険者の就業不能の期間(日数)をいいます。 (※) 骨髄採取手術を直接の目的として入院した場合は、対象期間内における被保険者の就業不能の期間(日数)に4日を加えた日数をいいます。 |

| 用語 | 用語の定義 |
|-----------|--|
| 傷害(ケガ) | 急激かつ偶然な外来の事故によって被った身体の傷害をいい、この傷害には、身体外部から有毒ガスまたは有毒物質を偶然かつ一時に吸入、吸収した場合に急激に生ずる中毒症状を含みます。ただし、細菌性食中毒、ウイルス性食中毒は含みません。 ・「急激」とは、突発的に発生することであり、ケガの原因としての事故がゆるやかに発生するのではなく、原因となった事故から結果としてのケガまでの過程が直接的で時間的間隔のないことを意味します。 ・「偶然」とは、「原因の発生が偶然である」「結果の発生が偶然である」「原因・結果とも偶然である」のいずれかに該当する予知されない出来事をいいます。 ・「外来」とは、ケガの原因が被保険者の身体の外からの作用によることをいいます。 (注)靴ずれ、車酔い、熱中症、しもやけ等は、「急激かつ偶然な外来の事故」に該当しません。 |
| 所得 | 加入依頼書等記載の職業または職務を遂行することにより得られる給与所得、事業所得または雑所得に係る総収入金額から就業不能となることにより支出を免れる金額を控除したものをいいます。ただし、就業不能の発生にかかわらず得られる収入は除かれます。 |
| 身体障害 | 傷害(傷害の原因となった事故を含みます。)および疾病をあわせて身体障害といいます。 (※)骨髄採取手術(組織の機能に障害がある者に対して骨髄幹細胞を移植することを目的とした被保険者の骨髄幹細胞を採取する手術をいい、末梢血幹細胞採取を除きます。また、骨髄幹細胞の提供者と受容者が同一人となる自家移植の場合を除きます。)を含みます。 |
| 身体障害を被った時 | 次の①または②のいずれかの時をいいます。 ①傷害については、傷害の原因となった事故発生の時。 ②疾病については、医師の診断による発病の時。ただし、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時。 (※)骨髄採取手術に伴う入院補償特約の場合は、確認検査を受けた時をいいます。 |
| 対象期間 | 支払対象外期間終了日の翌日から起算して加入依頼書等記載の期間をいい、この期間内における被保険者の就業不能の日数が保険金のお支払いの対象となります。 (※)骨髄採取手術に伴う入院補償特約の場合は、就業不能が開始した日から起算して加入依頼書等記載の期間をいいます。 |
| 入院 | 医師による治療が必要な場合において、自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいいます。 (※)骨髄採取手術に伴う入院補償特約の場合は、骨髄採取手術を直接の目的として、病院または診療所に入り、常に医師の管理下に置かれることをいいます。 |
| 平均月間所得額 | 支払対象外期間が始まる直前12か月における被保険者の所得の平均月間額をいいます。ただし、支払対象外期間が始まる直前12か月において産前・産後休業、育児休業または介護休業のいずれかの休業等を取得している期間があることによりその期間の被保険者の所得の平均月間額が減少している場合は、所定の被保険者の所得がある期間における平均月間額とします。 |
| 代行者 | 就業不能になった被保険者の行うべき業務を代行させる方をいい、その被保険者の代行者と認められる方1名をいいます。 |
| 給与等の費用 | 賃金、給与、手当、賞与其他名称のいかなるものを問わず、労働の対価として事業主が被保険者に支払っていたすべてのものをいいます。ただし、退職金、見舞金、出張旅費・宿泊費、事業主が全額負担する保険料等を含みません。 |

<家事従事者特約の場合の「就業不能」「平均月間所得額」「所得」は、下記のとおりです。>

| 用語 | 用語の定義 |
|---------|--|
| 就業不能 | 身体障害を被り、その身体障害の治療のために入院(※)していることにより、炊事、掃除、洗濯および育児等の家事に全く従事できない状態をいいます。なお、被保険者がその身体障害に起因して死亡された後は、この保険契約においては、就業不能とはいいません。 (※)骨髄採取手術を直接の目的として入院した場合は、加入依頼書等記載の職業または職務に全く従事できない状態をいいます。 |
| 所得 | 家事を遂行することにより被保険者の世帯が享受している経済的利益をいいます。 |
| 平均月間所得額 | 令和5年7月現在、183千円とします。 |

ご加入に際して、特にご注意いただきたいこと(注意喚起情報のご説明)

1. クーリングオフ

この保険は団体契約であり、クーリングオフの対象とはなりません。

2. ご加入時における注意事項(告知義務等)

- ご加入の際は、加入依頼書・告知書の記載内容に間違いがないか十分ご確認ください。
- 加入依頼書・告知書にご記入いただく内容は、損保ジャパンが公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。ご契約者または被保険者には、告知事項(※)について、事実を正確にご回答いただく義務(告知義務)があります。
(※)「告知事項」とは、危険に関する重要な事項のうち、加入依頼書・告知書の記載事項とすることによって損保ジャパンが告知を求めたものをいい、他の保険契約等に関する事項を含みます。

<告知事項>この保険における告知事項は、次のとおりです。

★被保険者の職業または職務(※1)

★被保険者の過去の傷病歴、現在の健康状態

告知される方(被保険者)がご認識している病気・症状名が告知書にある病気・症状名と一致しなくても、医学的にその病気・症状名と同一と判断される場合には告知が必要です。傷病歴があり、告知書にある病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。

★他の保険契約等(※2)の加入状況

(※1)家事従事者特約をセットされた場合は、被保険者となる方は、「主として、被保険者の家庭において炊事、掃除、洗濯および育児等の家事を行っている方」であることを告知してください。

(※2)「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

- *口頭でお話し、または資料提示されただけでは、告知していただいたことにはなりません。
 - *告知事項について、事実を記入されなかった場合または事実と異なることを記入された場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
 - *損保ジャパンまたは取扱代理店は告知受領権を有しています。
 - ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて1年以内に過去の傷病歴、現在の健康状態等について損保ジャパンに告知していただいた内容が不正確であることが判明した場合は、「告知義務違反」としてご契約が解除になることがあります。また、ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて1年を経過していても、ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて1年以内に「保険金の支払事由」が発生していた場合は、ご契約が解除になることがあります。
 - (※)保険金額の増額(特定疾病等対象外特約の削除を含みます。)等補償を拡大した場合はその補償を拡大した時をいいます。
 - ・「告知義務違反」によりご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、保険金をお支払いできません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除原因となった事実」に因果関係がない場合は、保険金をお支払いします。
 - 次の場合にも、保険金をお支払いできないことがあります。この場合、ご加入初年度の保険期間の開始時からの経過年数は問いません。
 - ・ご契約者が保険金を不法に取得する目的または第三者に保険金を不法に取得させる目的をもって契約した場合
 - ・ご契約者、被保険者または保険金を受け取るべき方の詐欺または強迫によって損保ジャパンが契約した場合
 - 告知書で告知していただいた内容により、ご加入をお断りする場合があります。
 - ご加入後や保険金のご請求の際に、告知内容について確認することがあります。
 - 継続加入の場合において、保険金額の増額(特定疾病等対象外特約の削除を含みます。)等補償を拡大するときも、過去の傷病歴、現在の健康状態等について告知していただく必要があります。なお、事実を告知されなかったとき、または事実と異なることを告知されたときは、補償を拡大した部分について、解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
 - 傷害による死亡・後遺障害補償特約の死亡保険金をお支払いする場合は、被保険者の法定相続人にお支払いします。死亡保険金受取人について特定の方を定める場合は、所定の方法により被保険者の同意の確認手続きが必要です。
 - ご加入初年度の保険期間の開始時(※1)より前に発病(※2)した疾病・発生した事故による傷害を原因とする就業不能(保険金の支払事由)に対しては、正しく告知してご加入された場合であっても、保険金をお支払いできません。ただし、ご加入初年度の保険期間の開始時(※1)からその日を含めて1年を経過した後に就業不能(保険金の支払事由)が生じた場合は、その就業不能(保険金の支払事由)についてはお支払いの対象となる場合があります。
 - (※1)継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加された特約についてはそのセットした日をいいます。
 - (※2)医師の診断による発病の時をいいます。ただし、その疾病の原因として医学上重要な関係がある疾病が存在する場合は、その医学上重要な関係がある疾病の発病の時をいいます。また、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時をいいます。
- (注)特別な条件付き(「特定疾病等対象外特約」セット)でご加入いただいている場合は、上記に関わらず、補償対象外とする疾病群については、全保険期間補償対象外となります。

3. ご加入後における留意事項(通知義務等)

- 加入依頼書等記載の職業または職務を変更された場合(職業または職務をやめられた場合を含みます。)は、ご契約者または被保険者には、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンまでご通知いただく義務(通知義務)があります。
 - ・変更前と変更後の職業または職務に対して適用される保険料に差額が生じる場合は、所定の計算により算出した額を返還または請求します。追加保険料のお支払いがなかった場合やご通知がなかった場合は、ご契約を解除することや、保険金を削減してお支払いすることがあります。
 - ・変更後の職業または職務により、ご契約内容を変更していただくことがあります。詳しい内容につきましては取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。
- (注)家事従事者特約をセットされた場合において、新しくお仕事を始められたときは、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。
- 加入依頼書等記載の住所または通知先を変更された場合は、ご契約者または被保険者は、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。
- 直前12か月における被保険者の所得の平均月間額が著しく減少した場合は、取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。保険金額の設定の見直しについてご相談ください。
- 団体から脱退される場合は、必ずご加入の窓口にお申し出ください。
- 次の場合、お支払いする保険金が減額されることがあります。
 - ①他の身体障害(病気またはケガ)の影響等があった場合
 - ②職業を変更された場合の通知と、それに伴う追加保険料のお支払いがなかった場合
 - ③加入依頼書等に記入された年齢に誤りがあり、追加保険料のお支払いが必要となる場合
 - ④他の保険契約等がある場合
- <被保険者による解除請求(被保険者離脱制度)について>
 - 被保険者は、この保険契約(その被保険者に係る部分にかぎります。)を解除することを求めることができます。
 - お手続き方法につきましては、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。
- 保険金の請求状況や被保険者のご年齢等によっては、ご継続をお断りすることや、ご継続の際に補償内容を変更させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。
 - <重大事由による解除等>
 - 保険金を支払わせる目的で身体障害を生じさせた場合や保険契約者、被保険者または保険金受取人が暴力団関係者、その他の反社会的勢力に該当すると認められた場合などは、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。

4. 責任開始期

保険責任は保険期間初日の午後4時に始まりです。

*中途加入の場合は、毎月20日までの受付分は受付日の翌月1日(20日過ぎの受付分は翌々月1日)に保険責任が始まります。

5. 事故がおきた場合の取扱い

- 保険金支払事由に該当した場合(就業不能が発生した場合等)は、ただちに損保ジャパンまたは取扱代理店までご通知ください。保険金支払事由に該当した日(就業不能期間が開始した日等)からその日を含めて30日以内にご通知がない場合は、保険金の全額または一部をお支払いできないことがあります。

●保険金のご請求にあたっては、以下に掲げる書類のうち、損保ジャパンが求めるものを提出してください。

| | 必要となる書類 | 必要書類の例 |
|---|-------------------------------------|--|
| ① | 保険金請求書および保険金請求権者が確認できる書類 | 保険金請求書、印鑑証明書、戸籍謄本、委任状、代理請求申請書、住民票 など |
| ② | 事故日時・事故原因および事故状況等が確認できる書類 | 傷害状況報告書、就業不能状況報告書、事故証明書、メーカーや修理業者等からの原因調査報告書 など |
| ③ | 就業不能の程度、損害の額、損害の程度および損害の範囲等が確認できる書類 | ①被保険者の身体の傷害または疾病に関する事故、他人の身体の障害に関する賠償事故の場合 死亡診断書(写)、死体検案書(写)、診断書、診療報酬明細書、入院通院申告書、治療費領収書、診察券(写)、運転免許証(写)、レントゲン(写)、所得を証明する書類、休業損害証明書、源泉徴収票、災害補償規定、補償金受領書 など ②他人の財物の損壊に関する賠償事故の場合 修理見積書、写真、領収書、函面(写)、被害品明細書 など |
| ④ | 公の機関や関係先等への調査のために必要な書類 | 同意書 など |
| ⑤ | 被保険者が損害賠償責任を負担することが確認できる書類 | 示談書(※)、判決書(写)、調停調書(写)、和解調書(写)、相手の方からの領収書、承諾書 など |
| ⑥ | 損保ジャパンが支払うべき保険金の額を算出するための書類 | 他の保険契約等の保険金支払内容を記載した支払内訳書 など |

(※)保険金は、原則として被保険者から相手の方へ賠償金を支払った後にお支払いします。

(注1)就業不能期間が1か月以上継続する場合は、お申し出によって、1か月以上の月単位により保険金の内払を行います。その場合、上記の書類のほか、就業不能が継続していることを証明する書類を提出してください。

(注2)身体障害の内容ならびに就業不能の状況および程度等に応じ、上記以外の書類もしくは証拠の提出または調査等にご協力いただくことがあります。

(注3)(休業補償プラン)の場合、被保険者に保険金を請求できない事情がある場合は、ご親族のうち損保ジャパン所定の条件を満たす方が、代理人として保険金を請求できることがあります。

●上記の書類をご提出いただく等、所定の手続きが完了した日からその日を含めて30日以内に、損保ジャパンが保険金をお支払いするために必要な事項の確認を終え、保険金をお支払いします。ただし、特別な照会または調査等が不可欠な場合は、損保ジャパンは確認が必要な事項およびその確認を終えるべき時期を通知し、お支払いまでの期間を延長することがあります。詳しい内容につきましては、損保ジャパンまでお問い合わせください。

●病気やケガをされた場合等は、この保険以外の保険でお支払いの対象となる可能性があります。また、ご家族が加入している保険がお支払対象となる場合もあります。損保ジャパン・他社を問わず、ご加入の保険証券等をご確認ください。

●保険金のご請求にあたっては、身体障害に対する医師(被保険者が医師の場合は被保険者以外の医師)の治療を受けている必要があります。

●(休業補償プラン)

保険金をお支払いする事故がおきた場合、お支払いの内容等により、継続加入の条件を制限することがあります。また、初年度加入および継続加入の保険期間を通算して1,000日分の保険金をお支払いした場合、継続加入をお断りすることがあります。

[代診費用補償プラン・従業員給与補償プラン・奥さま入院安心プラン]

初年度加入および継続加入の保険期間を通算して1,000日分の保険金をお支払いした場合、継続加入をお断りすることがあります。

6. 保険金をお支払いできない主な場合

本パンフレットの補償の内容【保険金をお支払いする主な場合とお支払いできない主な場合】をご確認ください。

7. 中途脱退と中途脱退時の返れい金等

この保険から脱退(解約)される場合は、ご加入の窓口にご連絡ください。脱退(解約)に際しては、既経過期間(保険期間の初日からすでに過ぎた期間)に相当する月割保険料をご精算いただきます。なお、脱退(解約)に際して、返れい金のお支払いはありません。中途脱退(解約)の場合は、無事故戻し返れい金はお支払いできません。

●ご加入後、被保険者が死亡された場合、または保険金をお支払いする就業不能の原因となった身体障害以外の原因によって、所得を得ることができるいかなる業務にも従事しなくなった、もしくは従事できなくなった場合は、その事実が発生した時にその被保険者に係る部分についてご契約は効力を失います。

●傷害による死亡・後遺障害補償特約をセットされた場合において、死亡保険金を支払うべきケガによって被保険者が死亡されたときは、傷害による死亡・後遺障害補償特約の保険料を返還しません。この場合において、分割払契約の未払込分割保険料があるときは、加入者は保険金の支払を受ける以前に、その保険金が支払われるべき被保険者の未払込分割保険料の全額を一時にお支払いいただく必要があります。

8. 保険会社破綻時の取扱い

引受保険会社が経営破綻した場合または引受保険会社の業務もしくは財産の状況に照らして事業の継続が困難となり、法令に定める手続きに基づきご契約条件の変更が行われた場合は、ご契約時にお約束した保険金・解約返れい金等のお支払いが一定期間凍結されたり、金額が削減されることがあります。

この保険は損害保険契約者保護機構の補償対象となりますので、引受保険会社が経営破綻した場合は、保険金・解約返れい金等の9割までが補償されます。

9. 個人情報の取扱いについて

○保険契約者(団体)は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。

○損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱い商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等(外国にある事業者を含みます。)に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。なお、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)については損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)をご覧ください。取扱い代理店または損保ジャパンまでお問い合わせ願います。

申込人(加入者)および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意のうえご加入ください。

ご加入に際して特にご確認いただきたい事項や、ご加入者にとって不利益になる事項等、特にご注意いただきたい事項を記載しています。ご加入になる前に必ずお読みいただきますようお願いいたします。

【加入者ご本人以外の被保険者(保険の対象となる方。以下同様とします。)にも、このパンフレットに記載した内容をお伝えください。

また、ご加入の際は、ご家族の方にもご契約内容をお知らせください。】

団体長期障害所得補償保険のあらまし(契約概要のご説明)

- 商品の仕組み：この商品は団体長期障害所得補償保険普通保険約款に各種特約をセットしたものです。
- 保険契約者：公益社団法人 日本歯科医師会
- 保険期間：令和5年10月1日午後4時から1年間となります。
- 申込締切日：令和5年9月21日(木)
- 引受条件(保険金額等)、保険料、保険料払込方法等：引受条件(保険金額、対象期間、支払対象外期間等)、保険料、保険料の払込方法、ご加入いただける加入者・被保険者の範囲等については、本パンフレットに記載しておりますので、ご確認ください。
- 加入対象者：一般社団法人広島県歯科医師会 会員の皆さま
- 被保険者：会員本人、会員の家族、会員の従業員またはその家族を被保険者としてご加入いただけます。(満15歳以上69歳以下の方(継続加入の場合も満69歳以下の方)が対象となります。)
- お支払方法：令和5年12月から県歯会指定預金口座より毎月引き落としさせていただきます。(12回払)
- お手続方法：下表のとおり必要書類にご記入のうえ、ご加入窓口の広島富士見欄までご送付ください。

| ご加入対象者 | | お手続方法 |
|-----------|---|---|
| 新規加入者の皆さま | | 添付の「加入依頼書」、「告知書」に必要事項をご記入のうえ、ご提出いただけます。 |
| 既加入者の皆さま | 前年と同等条件のプラン(送付した加入依頼書に打ち出しのプラン)で継続加入を行う場合 | 書類のご提出は不要です。 |
| | ご加入プランを変更するなど前年と条件を変更して継続加入を行う場合 | 前年と条件を変更する旨を記載した「加入依頼書」、「告知書」※をご提出いただけます。※告知書は、保険金額の増額等、補償を拡大して継続される場合のみご提出が必要です。 |
| | 継続加入を行わない場合 | 継続加入を行わない旨を記載した「加入依頼書」をご提出いただけます。 |

- 中途加入：保険期間の中途でのご加入は、毎月、受付をしています。その場合の保険期間は、毎月20日までの受付分は受付日の翌月1日(20日過ぎの受付分は翌々月1日)から令和6年10月1日午後4時までとなります。保険料につきましては、中途加入の保険期間開始日の翌々月から県歯会指定預金口座より毎月差し引かせていただきます。
- 中途脱退：この保険から脱退(解約)される場合は、ご加入窓口の広島富士見までご連絡ください。
- 団体割引：団体割引は、本団体契約の前年のご加入人数により決定しています。次年度以降、割引率が変わることがありますので、あらかじめご了承ください。また、団体のご加入人数が10名を下回った場合は、この団体契約は成立しませんので、ご了承ください。
- 満期返れい金・契約者配当金：この保険には、満期返れい金・契約者配当金はありません。
- 無事故戻し返れい金：この保険には無事故戻し返れい金はありません。

補償の内容【保険金をお支払いする主な場合とお支払いできない主な場合】

| 保険金をお支払いする場合 | お支払いする保険金の主な内容 | 保険金をお支払いできない主な場合 |
|---|--|---|
| 被保険者が、日本国内または国外において、保険期間中に身体障害(病気またはケガ)を被り、その直接の結果として就業障害になった場合 | <p>被保険者が被る損失に対して、支払対象外期間を超える就業障害である期間1か月につき次の計算式によって算出した額をお支払いします。</p> <p style="text-align: center;">お支払いする保険金の額(月額) = 保険金額 × 所得喪失率 (※1)</p> <p style="text-align: center;">(※1) 所得喪失率 = (就業障害発生前の所得額 - 回復所得額) ÷ 就業障害発生前の所得額</p> <p>(注1) 就業障害である期間1か月について最高保険金支払月額(150万円)を限度とします。</p> <p>(注2) 保険金額(支払基礎所得額)が平均月間所得額を超える場合は、平均月間所得額を保険金の算出の基礎としてお支払いする保険金の額を算出します。</p> <p>(注3) 保険金をお支払いする期間が1か月に満たない場合または保険金をお支払いする期間に1か月未満の端日数がある場合は、該当する月の日数で日割計算します。</p> <p>(注4) 補償の対象となる期間は、次の計算式によって算出します。</p> <p style="text-align: center;">保険金をお支払いする期間(※) = 就業障害である期間 - 支払対象外期間</p> | <p>●次の事由に起因する身体障害(病気またはケガ)による就業障害に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>①故意または重大な過失</p> <p>②自殺行為、犯罪行為または闘争行為</p> <p>③麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、シンナー等の使用(治療を目的として医師が用いた場合を除きます。)</p> <p>④戦争、外国の武力行使、暴動(テロ行為(※1)を除きます。)、核燃料物質等によるもの</p> <p>⑤頸(けい)部症候群(いわゆる「むちうち症」)、腰痛等で医学的他覚所見(※2)のないもの</p> <p>⑥自動車または原動機付自転車の無資格運転、酒気を帯びた状態での運転</p> |

| 保険金をお支払いする場合 | お支払いする保険金の主な内容 | 保険金をお支払いできない主な場合 |
|--|--|---|
| <p>被保険者が、日本国内または国外において、保険期間中に身体障害(病気またはケガ)を被り、その直接の結果として就業障害になった場合</p> | <p>(※)協定書に記載された業務に全く従事できない期間が支払対象外期間を超えた時から対象期間(70歳に達するまで)が始まり、その対象期間内における就業障害である期間(日数)をいいます。対象期間が70歳満了のご契約であっても、ご加入時に満65歳以上の方は、対象期間は支払対象外期間終了日の翌日から起算して3年間となります。</p> <p>(注5)対象期間(70歳に達するまで)を経過した後の期間の就業障害に対しては、保険金をお支払いできません。</p> <p>(注6)原因または時が異なって被った身体障害により就業障害である期間が重複する場合は、重複する期間に対して重ねて保険金をお支払いしません。</p> <p>(注7)初年度加入の締結の後に保険金のお支払条件の変更があった場合は、次の①または②の保険金の額のうち、いずれか低い金額をお支払いします。ただし、身体障害を被った時から起算して1年を経過した後に就業障害となった場合を除きます。</p> <p>①被保険者が身体障害を被った時のお支払条件により算出された保険金の額</p> <p>②被保険者が就業障害になった時のお支払条件により算出された保険金の額</p> <p>(注8)支払対象外期間を超える就業障害が終了した後、その就業障害の原因となった身体障害によって6か月以内に就業障害が再発した場合は、後の就業障害は前の就業障害と同一の就業障害とみなします。ただし、就業障害が終了した日からその日を含めて6か月を経過した日の翌日以降に被保険者が再び就業障害となった場合は、後の就業障害は前の就業障害と異なった就業障害とみなし、新たに支払対象外期間および対象期間を適用します。</p> <p>(注)支払対象外期間および対象期間については、協定書に特別の規定がある場合は、協定書の規定に従うこととします。</p> <p>(注9)上記により計算した額に、就業障害開始後1年を経過することにより、前年度に対する物価上昇率をもとに損保ジャパン所定の方法により算出した係数を乗じて算出した保険金をお支払いします。</p> <p>(注)物価上昇率は国の行政機関発表の「消費者物価指数(全国総合)」をもとに算出します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前年度と比べて物価下落している場合は、上昇率を0%として計算します。 ・物価上昇率が5%を超える場合は、これを5%として計算します。 <p>(注10)精神障害拡張補償特約をセットした場合、精神障害拡張補償特約による保険金のお支払いは、主契約の対象期間にかかわらず、支払対象外期間終了日の翌日から起算して2年を限度とします。</p> | <p>⑦地震、噴火またはこれらによる津波(天災危険補償特約をセットしない場合)</p> <p>⑧精神病性障害、血管性認知症、知的障害、人格障害、アルコール依存および薬物依存等の精神障害を被り、これを原因として生じた就業障害</p> <p>⑨妊娠、出産、早産または流産</p> <p>⑩発熱等の他覚的症候のない感染 など</p> <p>(注)精神障害拡張補償特約がセットされた場合、気分障害(躁病、うつ病等)、統合失調症、神経衰弱、血管性認知症、知的障害等一部の精神障害を被り、これを原因として生じた就業障害はお支払いの対象となります(アルコール依存、薬物依存等はお支払いの対象とはなりません)。また、お支払いは、対象期間にかかわらず、支払対象外期間終了日の翌日から起算して2年を限度とします。</p> <p>(※1)「テロ行為」とは、政治的・社会的もしくは宗教・思想的な主義・主張を有する団体・個人またはこれと連帯するものがその主義・主張に関して行う暴力的行為をいいます。</p> <p>(※2)「医学的他覚所見」とは、理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見をいいます。</p> |

(注)団体長期障害所得補償保険を複数ご契約(※)された場合は、補償が重複することがあります。補償が重複すると、対象となる事故については、どちらのご契約からでも補償されますが、いずれか一方のご契約からは保険金が支払われない場合があります。ご加入にあたっては、補償内容の差異や保険金額をご確認いただき、補償の可否をご判断ください。

(※)他社のご契約を含みます。

その他ご注意いただくこと

ご継続の場合も必ずご確認ください。

●保険金額の設定について

保険金額(定率型の場合は、「支払基礎所得額×約定給付率」)は、ご加入直前12か月における所得の平均月間額の範囲内で、健康保険等からの給付額、高額療養費制度等の公的保険制度(※1)等も考慮のうえ設定してください。また、他の保険契約等(※2)にご加入の場合は、ご加入いただける金額を制限することがありますので、ご加入時にお申し出ください。

(※1)公的保険制度の概要につきましては、金融庁のホームページ(<https://www.fsa.go.jp/ordinary/insurance-portal.html>)等をご確認ください。

(※2)「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、団体長期障害所得補償保険、所得補償保険、積立所得補償保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

| 被保険者が加入している 公的医療保険制度 | ご加入直前12か月における 所得の平均月間額に対する 保険金額割合 |
|-------------------------|---|
| 国民健康保険 (例：個人事業主) | 85%以下 |
| 健康保険(例：給与所得者) | 40%以下 |
| 共済組合(例：公務員) | 40%以下 |

●特定疾病等対象外について

・「特定疾病等対象外の条件」がセットされたご契約を継続される場合、継続後契約においても、原則として「特定疾病等対象外の条件」がセットされます。

(注)「特定疾病等対象外の条件」がセットされたご契約は、該当する疾病群により、以下の特別な条件がセットされています。補償対象外とする疾病・症状が発病した場合については、保険金をお支払いできません。

| セットされる条件 | 補償対象外とする疾病・症状 | 補償対象外機関 |
|-------------|---|----------------------------|
| 特定疾病等対象外の条件 | 該当する疾病群に属するすべての疾病 (注)例えばA群を補償対象外としてご加入いただいている場合、下表記載の疾病に関わらず、胃・腸の疾病はすべて補償対象外となります。 | 全保険期間(継続契約においても原則として同様です)。 |

(補償対象外とする疾病・症状の例)

| 疾病群 | 補償対象外とする疾病・症状 |
|---------------------|---|
| A群 胃・腸の疾病 | 炎症性腸疾患(かいよう性大腸炎・クローン病)、胃・腸・十二指腸のかいよう、腹膜炎、胃・腸のポリープ、腸閉塞、大腸炎 など |
| B群 肝臓・胆のう・すい臓の疾病 | 肝硬変、慢性肝炎、肝肥大、すい炎、急性肝炎、肝のうよう、胆石、胆のう炎 など |
| C群 腎臓・泌尿器の疾病 | 慢性腎炎、ネフローゼ、腎不全、副腎しゅよう、腎盂炎、急性腎炎、腎臓・膀胱・尿路の結石 など |
| D群 気管支・肺の疾病 | 結核、肺線維症、慢性閉塞性肺疾患、(COPD(慢性気管支炎・肺気腫など))、肋膜炎、膿胸、ぜんそく、気管支拡張症、肺炎、肺壞疽、自然気胸 など |
| E群 脳血管・循環器関係の疾病 | 脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳軟化)・くも膜下出血)、心臓弁膜症、心筋こうそく、心筋症、狭心症、不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。)、心雑音、動脈硬化症、動脈瘤、高血圧症、静脈瘤 など |
| F群 腰・脊椎の疾病 | 骨のしゅよう性疾患、腰痛症、変形性脊椎症、ギックリ腰、椎間板ヘルニア、骨粗しょう症、後縦靭帯骨化症 など |
| H群 眼の疾病 | 白内障、緑内障、網膜炎、網膜症 など |
| I群 ご婦人の疾病 | 子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣のう腫、乳腺症(乳腺繊維腺腫を含みます。)、不正出血 など |

・ご継続手続き時に再告知いただくことで、継続後契約の保険始期から「特定疾病等対象外の条件」を削除できることがあります。ただし、再告知時点における告知内容によりお引受条件を決定するため、「特定疾病等対象外の条件」を削除できないこともあります。なお、保険期間の途中での削除はできません。

・詳しい内容につきましては、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

●被保険者が就業障害になった場合、被保険者には、所得の喪失の発生および拡大を防止するため業務復帰に努めていただきます。損保ジャパンは、被保険者が就業障害の状態になった場合は、ご契約者または被保険者と、被保険者の業務復帰援助のために協議することがあります。損保ジャパンは、その協議の結果として被保険者の業務復帰のために有益な費用をお支払いします。

用語のご説明

| 用語 | 用語の定義 |
|-----------|--|
| 身体障害 | 傷害(傷害の原因となった事故を含みます。)および疾病をあわせて身体障害といえます。 |
| 傷害(ケガ) | 急激かつ偶然な外来の事故によって被った身体の傷害をいい、この傷害には身体外部から有毒ガスまたは有毒物質を偶然かつ一時に吸入、吸収した場合に急激に生ずる中毒症状を含みます。ただし細菌性食中毒、ウイルス性食中毒は含みません。 ・「急激」とは、突発的に発生することであり、ケガの原因としての事故がゆるやかに発生するのではなく、原因となった事故から結果としてのケガまでの過程が直接的で時間的間隔のないことを意味します。 ・「偶然」とは、「原因の発生が偶然である」「結果の発生が偶然である」「原因・結果とも偶然である」のいずれかに該当する予知されない出来事をいいます。 ・「外来」とは、ケガの原因が被保険者の身体の外からの作用によることをいいます。 (注)靴ずれ、車酔い、熱中症、しもやけ等は、「急激かつ偶然な外来の事故」に該当しません。 |
| 疾病(病気) | 傷害以外の身体の障害をいいます。 |
| 身体障害を被った時 | 次の①または②のいずれかの時をいいます。 ①傷害については、傷害の原因となった事故発生の時。 ②疾病については、医師の診断による発病の時。ただし、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時。 |
| 就業障害 | (支払対象外期間中の就業障害の定義) 身体障害により、被保険者が身体障害発生直前に従事していた業務に全く従事できないこと。 (対象期間中の就業障害の定義) 身体障害により、被保険者が身体障害発生直前に従事していた業務に全く従事できないか、または一部従事することができず、かつ所得喪失率が20%を超えていること。なお被保険者が死亡した後は、いかなる場合であっても就業障害とはいいません。 |
| 所得 | 業務に従事することによって得られる給与所得、事業所得または雑所得に係る総収入金額から、就業障害となることにより支出を免れる金額を控除したものをいいます。ただし、就業障害の発生にかかわらず得られる収入は除かれます。 |
| 支払基礎所得額 | 保険金の算出の基礎となる所得の額をいい、被保険者の属する公的医療保険制度に応じて、平均月間所得額に対する一定割合内で設定していただきます。 |
| 平均月間所得額 | 就業障害が開始した日の属する月の直前12か月間の所得の平均月間額をいいます。ただし、就業障害が開始した日の属する月の直前12か月において産前・産後休業、育児休業または介護休業のいずれかの休業等を取得している期間があることによりその期間の被保険者の所得の平均月間額が減少している場合は、所定の被保険者の所得がある期間における平均月間額とします。 |
| 回復所得額 | 支払対象外期間開始以降に業務に復帰して得た所得の額をいいます。 |
| 支払対象外期間 | 就業障害が開始した日から起算して、継続して就業障害である協定書記載の期間(日数)をいい、この期間に対しては、保険金をお支払いしません。 |
| 対象期間 | 支払対象外期間終了日の翌日から起算する協定書記載の期間をいい、損保ジャパンが保険金を支払う期間は、この期間をもって限度とします。 |

ご加入に際して、特にご注意いただきたいこと(注意喚起情報のご説明)

1. クーリングオフ

この保険は団体契約であり、クーリングオフの対象とはなりません。

2. ご加入時における注意事項(告知義務等)

- ご加入の際は、加入依頼書・告知書の記載内容に間違いがないか十分にご確認ください。
- 加入依頼書・告知書にご記入いただく内容は、損保ジャパンが公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。
- ご契約者または被保険者には、告知事項(※)について、事実を正確にご回答いただく義務(告知義務)があります。
 - (※)「告知事項」とは、危険に関する重要な事項のうち、加入依頼書・告知書の記載事項とすることによって損保ジャパンが告知を求めたものをいい、他の保険契約等に関する事項を含みます。
<告知事項>この保険における告知事項は、次のとおりです。
 - ★被保険者の過去の傷病歴、現在の健康状態
告知される方(被保険者)がご認識している病気・症状名が告知書にある病気・症状名と一致しなくても、医学的にその病気・症状名と同一と判断される場合には告知が必要です。傷病歴があり、告知書にある病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。
 - ★他の保険契約等(※)の加入状況
(※)「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、団体長期障害所得補償保険、所得補償保険、積立所得補償保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。
 - ・口頭でお話し、または資料提示されただけでは、告知していただいたことにはなりません。
 - ・告知事項について、事実を記入されなかった場合または事実と異なることを記入された場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
 - ・損保ジャパンまたは取扱代理店は告知受領権を有しています。
- ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて1年以内に過去の傷病歴、現在の健康状態等について損保ジャパンに告知していただいた内容が不正確であることが判明した場合は、「告知義務違反」としてご契約が解除になることがあります。また、ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて1年を経過していても、ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて1年以内に「保険金の支払事由」が発生していた場合は、ご契約が解除になることがあります。
 - (※)保険金額の増額(特定疾病等対象外特約の削除を含みます。)等補償を拡大した場合はその補償を拡大した時をいいます。
 - ・「告知義務違反」によりご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、保険金をお支払いできません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除原因となった事実」に因果関係がない場合は、保険金をお支払いします。
 - *次の場合にも、保険金をお支払いできないことがあります。この場合、ご加入初年度の保険期間の開始時からの経過年数は問いません。
 - ・ご契約者が保険金を不法に取得する目的または第三者に保険金を不法に取得させる目的をもって契約した場合
 - ・ご契約者、被保険者または保険金を受け取るべき方の詐欺または強迫によって損保ジャパンが契約した場合 など
- 告知書で告知していただいた内容により、ご加入をお断りする場合があります。
- ご加入後や保険金のご請求の際に、告知内容について確認することがあります。
- 継続加入の場合において、保険金額の増額(特定疾病等対象外特約の削除を含みます。)等補償を拡大するときも、過去の傷病歴、現在の健康状態等について告知していただく必要があります。なお、事実を告知されなかったとき、または事実と異なることを告知されたときは、補償を拡大した部分について、解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
- ご加入初年度の保険期間の開始時(※1)より前に発病(※2)した疾病・発生した事故による傷害を原因とする就業障害(保険金の支払事由)に対しては、正しく告知してご加入された場合であっても、保険金をお支払いできません。ただし、ご加入初年度の保険期間の開始時(※1)からその日を含めて1年を経過した後に就業障害(保険金の支払事由)が生じた場合は、その就業障害(保険金の支払事由)に対しては保険金をお支払いします。
 - (※1)継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加された特約についてはそのセットした日をいいます。
 - (※2)医師の診断による発病の時をいいます。ただし、その疾病の原因として医学上重要な関係がある疾病が存在する場合は、その医学上重要な関係がある疾病の発病の時をいいます。また、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時をいいます。
- (注)特別な条件付き(「特定疾病等対象外の条件」をセット)でご加入いただいている場合は、上記にかかわらず、補償対象外とする疾病群については、全保険期間補償対象外となります。

3. ご加入後における留意事項(告知義務等)

- 被保険者をご加入時に就いていたお仕事をやめられた場合は、ご契約者または被保険者には、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンまでご通知いただく義務(告知義務)があります。
- 加入依頼書等記載の住所または通知先を変更された場合は、ご契約者または被保険者は、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。
- 直前12か月における被保険者の所得の平均月間額が著しく減少した場合は、取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。保険金額の設定の見直しについてご相談ください。
- 団体から脱退される場合は、必ずご加入の窓口にお申し出ください。
 - <被保険者による解除請求(被保険者離脱制度)について>
 - ・被保険者は、この保険契約(その被保険者に係る部分にかぎり)を解除することを求めることができます。お手続き方法等につきましては、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。
- 保険金の請求状況や被保険者のご年齢等によっては、ご継続をお断りすることや、ご継続の際に補償内容を変更させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。
- 次の場合、お支払いする保険金が減額されることがあります。
 - ・他の身体障害(病気またはケガ)の影響等があった場合
 - ・他の保険契約等がある場合 など

<重大事由による解除等>

保険金を支払わせる目的で身体障害を生じさせた場合や保険契約者、被保険者または保険金受取人が暴力団関係者、その他の反社会的勢力に該当すると認められた場合などは、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。

4. 責任開始期

保険責任は保険期間初日の令和5年10月1日午後4時に始まります。

*中途加入の場合は、毎月20日までの受付分は受付日の翌月1日(20日過ぎの受付分は翌々月1日)に保険責任が始まります。

5. 事故がおきた場合の取扱い

- 就業障害が発生した場合は、ただちに損保ジャパンまたは取扱代理店までご連絡ください。就業障害期間が開始した日からその日を含めて30日以内にご通知がない場合は、保険金の全額または一部をお支払いできないことがあります。
- 保険金のご請求にあたっては、以下に掲げる書類のうち、損保ジャパンが求めるものを提出してください。

| | 必要となる書類 | 必要書類の例 |
|---|------------------------------|--|
| ① | 保険金請求書および保険金請求権者が確認できる書類 | 保険金請求書、印鑑証明書、戸籍謄本、委任状、代理請求申請書、住民票 など |
| ② | 事故日時・事故原因および事故状況等が確認できる書類 | 就業障害状況報告書、事故証明書 など |
| ③ | 身体障害の内容、就業障害の状況および程度が確認できる書類 | 死亡診断書(写)、死体検案書(写)、診断書、入院通院申告書、診察券(写)、運転免許証(写)、所得を証明する書類、公的給付控除対象となる額を証明する書類、休業損害証明書 など |
| ④ | 公の機関や関係先等への調査のために必要な書類 | 同意書 など |
| ⑤ | 損保ジャパンが支払うべき保険金の額を算出するための書類 | 他の保険契約等の保険金支払内容を記載した支払内訳書 など |

(注1)就業障害期間が1か月以上継続する場合は、お申し出によって、1か月以上の月単位により保険金の内払を行います。その場合、上記の書類のほか、就業障害が継続していることを証明する書類を提出してください。

(注2)身体障害の内容ならびに就業障害の状況および程度等に応じ、上記以外の書類もしくは証拠の提出または調査等にご協力いただくことがあります。

(注3)被保険者に保険金を請求できない事情がある場合は、ご親族のうち損保ジャパン所定の条件を満たす方が、代理人として保険金を請求できることがあります。

- 上記の書類をご提出いただく等、所定の手続きが完了した日からその日を含めて30日以内に、損保ジャパンが保険金をお支払いするために必要な事項の確認を終え、保険金をお支払いします。ただし、特別な照会または調査等が不可欠な場合は、損保ジャパンは確認が必要な事項およびその確認を終えるべき時期を通知し、お支払いまでの期間を延長することがあります。詳しい内容につきましては、損保ジャパンまでお問い合わせください。
- 病気やケガをされた場合等は、この保険以外の保険でお支払いの対象となる可能性があります。また、ご家族の方が加入している保険がお支払い対象となる場合もあります。損保ジャパン・他社を問わず、ご加入の保険証券等をご確認ください。
- 保険金をお支払いする就業障害が発生した場合、お支払いの内容等により、継続加入をお断りすることや、継続加入の条件を制限することがあります。

6. 保険金をお支払いできない主な場合

本パンフレットの補償の内容【保険金をお支払いする主な場合とお支払いできない主な場合】をご確認ください。

7. 中途脱退と中途脱退時の返れい金等

この保険から脱退(解約)される場合は、ご加入の窓口にご連絡ください。脱退(解約)に際しては、既経過期間(保険期間の初日からすでに過ぎた期間)に相当する月割保険料をご精算いただきます。なお、脱退(解約)に際して、返れい金のお支払いはありません。ご加入後、被保険者が死亡された場合、または保険金をお支払いする就業障害の原因となった身体障害以外の原因によって、所得を得ることができなくなる業務にも従事しなくなった、もしくは従事できなくなった場合は、その事実が発生した時にその被保険者に係る部分についてご契約は効力を失います。

8. 保険会社破綻時の取扱い

引受保険会社が経営破綻した場合または引受保険会社の業務もしくは財産の状況に照らして事業の継続が困難となり、法令に定める手続きに基づきご契約条件の変更が行われた場合は、ご契約時にお約束した保険金・解約返れい金等のお支払いが一定期間凍結されたり、金額が削減されることがあります。この保険は損害保険契約者保護機構の補償対象となりますので、引受保険会社が経営破綻した場合は、保険金・解約返れい金等の9割までが補償されます。

9. 個人情報の取扱いについて

- 保険契約者(団体)は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。
 - 損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等(外国にある事業者を含みます。)に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。なお、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)については損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)をご覧ください。取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせ願います。
- 申込人(加入者)および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意のうえご加入ください。

【ご加入内容確認事項】

本確認事項は、万一の事故の際にお客さまに安心して保険をご利用いただくために、ご加入いただく保険商品がお客さまのご意向に沿っていること、ご加入いただくうえで特に重要な事項を正しくご記入いただいていること等をお客さまご自身に確認していただくためのものです。お手数ですが、以下の事項について、再度ご確認ください。

なお、ご確認にあたりご不明な点がございましたら、パンフレットに記載の問い合わせ先までご連絡ください。

1. 保険商品の次の補償内容等が、お客さまのご意向に沿っているかをご確認ください。

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 補償の内容(保険金の種類)、セットされる特約 | <input type="checkbox"/> 保険金額 | <input type="checkbox"/> 保険期間 |
| <input type="checkbox"/> 保険料、保険料払込方法 | <input type="checkbox"/> 満期返れい金・契約者配当金がないこと | |

2. ご加入いただく内容に誤りがないかをご確認ください。

以下の項目は、保険料を正しく算出したり、保険金を適切にお支払いしたりする際に必要な項目です。内容をよくご確認ください。(告知事項について、正しく告知されているかご確認ください。)

- 被保険者の「生年月日」(または「満年齢」)、「性別」は正しいですか。
- パンフレットに記載の「他の保険契約等」について、正しく告知されているかをご確認いただきましたか。
- 以下の【補償重複についての注意事項】をご確認いただきましたか。

【補償重複についての注意事項】

補償内容が同様のご契約が他にある場合は、補償が重複することがあります。補償が重複すると、対象となる事故については、どちらのご契約からでも補償されますが、いずれか一方のご契約からは保険金が支払われない場合があります。ご加入にあたっては、補償内容の差異や保険金額をご確認いただき、補償・特約の要否をご判断ください。

【所得補償保険にご加入になる方のみご確認ください】

- 職種級別はご加入いただくご契約において保険料を正しく算出したり、保険金を適切にお支払いしたりする際に必要な項目です。被保険者ご本人の「職種級別」は正しいですか。
- 所得補償保険の保険金額は、ご加入直前12か月における所得の平均月間額の範囲内となっている等、「この保険のあらまし」に記載された設定方法のとおり正しく設定されていますか。

【団体長期障害所得補償保険にご加入になる方のみご確認ください】

- 保険金額(支払基礎所得額)は、ご加入直前12か月における所得の平均月間額の範囲内となっている等、「この保険のあらまし」に記載された設定方法のとおり正しく設定されていますか。

3. お客さまにとって重要な事項(契約概要・注意喚起情報の記載事項)をご確認いただきましたか。

- 特に「注意喚起情報」には、「保険金をお支払いできない主な場合」等お客さまにとって不利益となる情報や、「告知義務・通知義務」が記載されていますので必ずご確認ください。

問い合わせ先(保険会社等の相談・苦情・連絡窓口)

- 取扱代理店 広島富士見株式会社 担当:池田・服部・濱田
〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-4-5F TEL.0120-300-243 : FAX.082-261-1744
(受付時間:平日の午前8時45分から午後5時15分まで)
- 引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社 広島支店 法人第一支社 担当:岩崎・唐澤
〒730-0031 広島市中区紙屋町1-2-29 TEL.082-243-6201 : FAX.082-542-5597
損保ジャパン広島紙屋町ビル (受付時間:平日の午前9時から午後5時まで)
- 指定紛争解決機関
損保ジャパンは、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。損保ジャパンとの間で問題を解決できない場合は、一般社団法人日本損害保険協会に解決の申し立てを行うことができます。
一般社団法人日本損害保険協会 そんぽADRセンター (ナビダイヤル)0570-022808(通話料有料)
受付時間:平日の午前9時15分から午後5時まで(土・日・祝日・年末年始は休業)
詳しくは、一般社団法人日本損害保険協会のホームページをご覧ください。(https://www.sonpo.or.jp/)
- 事故が起こった場合は、ただちに損保ジャパン、取扱代理店または下記事故サポートセンターまでご連絡ください。
【事故サポートセンター】**0120-727-110**(受付時間:24時間365日)

●取扱代理店は引受保険会社との委託契約に基づき、お客さまからの告知の受領、保険契約の締結・管理業務等の代理業務を行っております。したがって、取扱代理店とご締結いただいで有効に成立したご契約につきましては、引受保険会社と直接契約されたものになります。

●このパンフレットは概要を説明したものです。詳細につきましては、ご契約者である団体の代表者の方にお渡ししております約款等に記載しています。必要に応じて、団体までご請求いただくか、損保ジャパン公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)でご参照ください(ご契約内容が異なっていたり、公式ウェブサイトに約款・ご契約のしおりを掲載していない商品もあります。)

ご不明点等がある場合には、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

●加入者証は大切に保管してください。また、2か月を経過しても加入者証が届かない場合は、損保ジャパンまでご照会ください。

告知の前にご一読ください。

「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと

正しく告知していただくことは大変重要です。

団体所得補償保険・
団体長期障害所得補償保険

- 告知していただいた内容にしたがって、お引受けの可否が決まります。
- 正しく告知していただきますと、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
- 告知書は、裏面の記入例をご確認いただきながら、必ず被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「ありのままに」正確に「もれなく」ご記入(告知)ください。
- 告知の対象となる「医師の診察・検査・治療・投薬」や特にご注意ください。また、ご告知事項については記入例に掲載していただきますのでご確認ください。

1. 告知の重要性

※詳細につきましては、パンフレット等をご確認ください。

- ・告知書にご記入いただく内容は、損保ジャパンが公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。
- ・口頭でお話し、または資料提示されただけでは、告知していただいたことにはなりませんのでご注意ください。
- ・損保ジャパンまたは取扱代理店は告知受領権を有しています。

2. 正しく告知されなかった場合のデメリット

※詳細につきましては、パンフレット等をご確認ください。

- ・**ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年以内に過去の傷病歴、現在の健康状態等について損保ジャパンに告知していただいた内容が不正確であることが判明した場合は、「告知義務違反」としてご契約を解除することがあります。**また、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年以内に「保険金の支払事由」が発生していた場合は、ご契約を解除することがあります。
- ・**ご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、保険金をお支払いできません。**ただし、「保険金の支払事由」と「解除原因となった事実」に因果関係がない場合は、保険金をお支払いします。
- (※)継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加した特約についてはそのセットしたご契約の保険期間の開始時をいいます。また、継続時に「特定疾病等対象外」を削除した場合は、「特定疾病等対象外」を削除したご契約の保険期間の開始時をいいます。

お客さまのご確認のため
ご利用ください。

お客さま
チェック欄



告知書の質問事項、注意事項等を本案内とあわせてよくお読みください。

※本案内および告知書の告知者控は重要な書類ですので、大切に保管してください。

※ご加入の対象になる方等はパンフレット等をご確認ください。

3. 告知していただいたご契約のお引受け

質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。

4. 始期前の発病や事故による無責の取扱い

※詳細につきましては、パンフレット等をご確認ください。

ご加入初年度の保険期間の開始時(※1)より前に発病(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする保険金の支払事由に対しては、正しく告知してご加入された場合であっても、保険金をお支払いできません。ただし、ご加入初年度の保険期間の開始時(※1)より前に発病(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする保険金の支払事由であっても、保険金の種類により、ご加入初年度の保険期間の開始時(※1)からその日を含めて1年を経過した後には保険金の支払事由が生じた場合は、その保険金の支払事由についてはお支払いの対象となる場合があります。

- (※1) 継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加した特約についてはそのセットしたご契約の保険期間の開始時をいいます。
- (※2) 医師の診断による発病の時をいいます。ただし、その疾病の原因として医学上重要な関係がある疾病が存在する場合は、その医学上重要な関係がある疾病の発病の時をいいます。また、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時をいいます。

(注)「特定疾病等対象外」の条件をセットでご加入いただいている場合、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年を経過した後であっても保険金をお支払いできない場合があります。

ご不明な点は、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

〈休業補償プランの記載例〉

広島県歯科医師会(日本歯科医師会)
団体所得補償保険加入依頼書・被保険者告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中
 団体所得補償保険契約への加入を依頼します。
 なお、納付すべき保険料は県歯会指定預金口座より控除されます。
 申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式サイト
 (https://www.sompj-japan.co.jp/)に掲載の個人情報に同意します。

申込日 令和 5 年 9 月 16 日
 保険期間 令和 年 月 1 日～
 令和 6 年 10 月 1 日

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

所属都庁市会名 01300001
01(医療機関)指定番号(基金番号)|会員名(専従者捺印を受けている方がご加入される場合)

| | | | | | |
|----------|---------------------|--------|----|----------|--------------|
| 101性別 | 1 男 | 102年 齢 | 58 | 103年 月 日 | 094 フリガナ 氏 名 |
| | 2 女 | | 38 | 9 月 20 日 | ヒロシマ イチロウ |
| 091 フリガナ | ヒロシマ シヒガシク フナバ / サト | | | | |
| 住 所 | 広島市 東区 二葉の里 3-2-4 | | | | |

告知事項は私が記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなるおそれがあります。また、告知書に記載の告知事項の個人情報を取扱いに際する事項を確認し、損保ジャパンが必要範囲において個人情報を取得・利用・提供すること、申込人(加入者)、告知者、被保険者ご同意します。

休業補償プランの被保険者記名・捺印欄 (申込人と同一の場合は記載不要)

| | | | | |
|----------|-----|--------|----------|--------------|
| 101性別 | 1 男 | 102年 齢 | 103年 月 日 | 094 フリガナ 氏 名 |
| | 2 女 | | | |
| 091 フリガナ | | | | |
| 住 所 | | | | |
| 職 業 | | | | |

★他の保険契約等がありますか。
 「はい」の方は右欄に、他の保険契約等について、会社名・保険種類・保
 険金額等をご記入ください。欄が不足する場合は、「別紙」に○をして、
 会社名・保険種類・保険金額等を記載した別紙(様式)を問いません。を
 添付してください。
 ＊「他の保険契約等」とは、個人用傷害総合保険、所得補償保険、積立所
 得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険の全額または一部に
 対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。
 <重要>★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除すること、条件付きでご加入いただく場合があります。
 2.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合があります。ご了承ください。

| | | | |
|------|------|------|------|
| 会社名 | 「はい」 | 保険種類 | (別紙) |
| 保険金額 | (基本) | (傷害) | (別紙) |

裏面の告知書もご記入ください。

該当するものに○印
を付けてください。

No.

ご加入タイプ
(該当するタイプに○を付けてください。)

A 標準タイプ
 B 補償充実タイプ
 C エコノミータイプⅠ(支払対象外期間7日)
 D エコノミータイプⅡ(支払対象外期間4日)

【ご注意】
 ●パンフレットの内容をご覧になり太細内の項目についてご記入ください。
 ●所得補償保険金額が平均月間所得額の範囲内となるよう加入口数をお決めください。
 ●告知していた内容に内容が違って、お引受けの可否が決まります。
 ●正しい告知ができませんと、ご契約を解除することや、保険金をお支払いでき
 ないことがあります。
 ●告知書は、記入例をご確認いただきながら、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が
 事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入(告知)ください。

認印を押印
ください

休業補償プランご加入口数

希望口数 20

入院支払対象外期間0日プランのセット

有
 無

入院免責0日プラン
のセットの有無を選
んでいづれかに○印
を付けてください。

| 加入依頼内容 | 加入口数 | 型 | 別別分割保険料 | 合計分割保険料 |
|--------|------|---|---------|---------|
| 991 型 | 996 | 口 | 円 068 | 円 |
| 992 型 | 997 | 口 | | |

〈休業補償プラン〉

広島県歯科医師会(日本歯科医師会)

団体所得補償保険加入依頼書・被保険者告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中

団体所得補償保険契約への加入を依頼します。
なお、納付すべき保険料は歯学会指定預金口座より控除されることを承認します。

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または担保ジャパン公式ウェブサイトを
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報取扱いに同意します。

申込日 令和 年 月 日
令和 年 月 日
令和 6年10月1日

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

| | | | |
|---------|---|---------|-----------|
| 所属都市会名 | 01(医療機関指定番号(基金番号)) 会員名(専従者給与を受けている方がご加入される場合) | | |
| 101性別 | 102年齢 | 103生年月日 | 094フリガナ氏名 |
| 1 男 | (大 T) (昭 S) (平 H) | 年 月 日 | 自署 |
| 2 女 | 歳 | | |
| 091フリガナ | | | |
| 住 所 | | | |

告知事項は私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、告知事項記載の告知書の個人情報の取扱いに関する事項(正確な範囲において個人情報取得、利用・提供すること、申込人(加入者)告知者、被保険者等に同意します。

休業補償プランの被保険者記名・捺印欄

(申込人と同一の場合は記載不要)

| | | | | |
|---------|-------------------|---------|-----------|----|
| 101性別 | 102年齢 | 103生年月日 | 094フリガナ氏名 | 職業 |
| 1 男 | (大 T) (昭 S) (平 H) | 年 月 日 | 自署 | |
| 2 女 | 歳 | | | |
| 091フリガナ | | | | |
| 住 所 | | | | |

★他の保険契約等がありますか。
「はい」の方は右欄に、他の保険契約等について、会社名・保険種類・保険金額等をご記入ください。欄が不足する場合は、(別紙)に○をして、会社名・保険種類・保険金額等を記載した別紙(様式)を同封してください。
*「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険の全部または一部に對して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

| | | | |
|------|------|----------|----------|
| 会社名 | 保険種類 | 保険金額(基本) | 保険金額(傷害) |
| (はい) | | | (別紙) |

<重要>1★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
2告知書の内容によっては、ご加入をお断りする場合があります。条件付きでご加入いただく場合がありますので、ご了承ください。

裏面の告知書もご記入ください。

No.

| | |
|--------------------------------|---|
| ご加入タイプ (該当するタイプに○をつけてください。) | 標準タイプ 補償充実タイプ エコノミータイプI(支払対象外期間7日) エコノミータイプII(支払対象外期間4日) |
|--------------------------------|---|

(ご注意)
●パンフレットの内容をご覧になり本欄内の項目についてご記入ください。
●所得補償保険金額が平均月間所得額の範囲内となるよう加入人数をお決めください。
●告知したい内容にしたがって、お引受けの可否が決まります。
●正しく告知していただきませんと、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
●告知書は、記入例を、ご確認いただきながら、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入(告知)ください。

休業補償プランご加入口数

| | |
|------|---|
| 加入口数 | □ |
|------|---|

入院支払対象外期間0日プランのセット

| | |
|---|---|
| 有 | 無 |
|---|---|

| 加入型 | 加入口数 | 型別分割保険料 | 合計分割保険料 |
|-------|------|---------|---------|
| 991 型 | 996 | 円 068 | 円 068 |
| 992 型 | 997 | | |

所得補償・団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」

23.10

証券番号 9 | 1 | | | | | | | | |

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。所得補償・団体長期障害所得補償のお申込みの際には、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

*代理告知について

所得補償(家事従事者特約セット)では、申込人ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。

<告知書のご提出が必要な方>

- 新規に所得補償・団体長期障害所得補償にご加入される方
 - 所得補償にご加入されている方で、団体長期障害所得補償に新たにご加入される方
 - 団体長期障害所得補償にご加入されている方で、所得補償に新たにご加入される方
 - 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
 - (1)ご加入の口数を増やされる方
 - (2)ご加入の保険金額を増額される方
 - (3)対象期間を延長される方
 - (4)支払対象外期間を短縮される方
 - (5)「特定疾病等対象外」を削除される方
- ※継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

<重要>

- 1.必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- 2.★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 3.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 4.告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- 5.告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1> 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

*告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認ください事項 | | | | | |
|---|--|--|--|-------|--------------------------------|-------|--|
| <p>【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。</p> <p>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</p> | はい いいえ | <p>質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。</p> <p>1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。</p> | | | | | |
| <p>【質問2】告知日(ご記入日)から過去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。</p> | はい いいえ | | | | | | |
| <p>【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、</p> <p>①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。</p> <p>②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。</p> <p>(注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。</p> <p>「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気</p> <table border="1"> <tr> <td>がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table> | がん | | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | |

<2> 上記の内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意ください」との内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。

<家事従事者特約セットの場合>

また、家事従事者特約の被保険者は、主として被保険者の家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。家事従事者でなくなった場合は、ただちに、通知します。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者
本人署名

被保険者ご本人がご署名ください。代理告知の場合は、左記「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入のうえ、代理告知者ご本人が「代理告知者署名」欄にご署名ください。

代理告知者
署名

被保険者との関係

告知書記入例

- ・ 必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- ・ 訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

- ① < 1 >の質問事項について、「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。
(注) 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
- ② < 2 >に告知日(ご記入日)をご記入のうえ、被保険者ご本人(保険の対象となる方)がご署名ください。

証券番号 911 | | | | | | | | | |

所得補償・団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」 (23.10)

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。所得補償・団体長期障害所得補償のお申込みに関しては、必ず加入依頼書と告知書をお合わせてご記入ください。
※健康告知について
所得補償(家事従事者特約セット)では、申込ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親類))の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、申込ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。

< 告知書のご提出が必要な方 >
 ○新規に所得補償・団体長期障害所得補償にご加入される方
 ○所得補償にご加入されている方で、団体長期障害所得補償に新たにご加入される方
 ○団体長期障害所得補償にご加入されている方で、所得補償に新たにご加入される方
 ○継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
 (1)ご加入の口数を増やされる方 (2)ご加入の保険金額を増額される方
 (3)対象期間を延長される方 (4)支払対象外期間を短縮される方 など
 (5)特定疾病等対象外を削除される方
 ※継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

< 重要 >
 1.必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
 2.*の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
 3.告知の内容によっては、ご記入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
 4.告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
 5.告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

< 1 > 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
*告知される方がご認識されている病名・症状名が、本告知書に記載されている病名・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病名・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認いただく事項 |
|--|---|---|
| 【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 <small>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</small> | はい いいえ | 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。 |
| 【質問2】告知日(ご記入日)から過去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。 | はい いいえ | |
| 【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 <small>(注)医師より病名・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。</small> | はい いいえ | |
| 「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に改めて告知いただきたい病名 | | |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | |

< 2 > 上記の内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の告知事項の個人情報の取扱いに関する事項を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。
< 家事従事者特約セットの場合 >
 また、家事従事者特約の被保険者は、主として被保険者の家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。家事従事者でなくなった場合は、たごに、通知します。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者本人署名 広島一郎

代理告知者署名 ()

ご署名ください。

告知日(ご記入日)を必ずご記入ください。

代理告知の場合には、代理告知をされる方が、被保険者の健康状態等をご確認のうえ、以下をご記入ください。

① 「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入ください。

② 「代理告知者署名」欄に代理告知をされる方の被保険者との関係をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

【特にご注意ください】

- ・ 「医師の診察・検査・治療・投薬」には、入院・手術・投薬をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。
また、**がん**と診断されることを含みます。
- ・ 「入院」には、検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
- ・ 「手術」には、「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破碎術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
- ・ 病気を指摘された後、すぐに治療や手術の必要がないため通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
- ・ 医師の診断により、予防目的で目薬を点眼することや、薬の処方のみをされている場合も「医師の診察・検査・治療・投薬」に該当し、告知の対象になります。
- ・ 医師より病名・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中の場合も、告知の対象になります。
- ・ 再検査、精密検査の結果、異常がなかった場合は、質問事項に「いいえ」とご回答ください。

〈代診費用補償プランの記載例〉

広島県歯科医師会(日本歯科医師会)

団体所得補償保険加入依頼書・被保険者告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中
 団体所得補償保険契約への加入を依頼します。
 なお、納付すべき保険料は県歯会指定預金口座より控除されます。
 申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
 (https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報取扱いに同意します。

申込日 令和 5 年 9 月 16 日
 保険期間 令和 年 月 1 日～
 令和 6 年 10 月 1 日

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

所属都市会名 01(医療機関指定番号(基金番号)) 会員名(専従者捺印を受けている方がご加入される場合) 01300001

| | | | | |
|-------|-------|-----------------|-----------|-------|
| 101性別 | 102年齢 | 103生年月日 | フリガナ | 氏名 |
| 1 男 | 58 歳 | 1938 年 9 月 20 日 | ヒロシマ イチロウ | 廣島 一郎 |
| 2 女 | | | | |

091フリガナ 住 所
 ヒロシマシヒガシク 79バ / サト
 広島市東区二葉の里3-2-4

告知事項は私が記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違している場合は、ご契約が解除となります。保険金の支払いを受けられなくなつたとしても異議を申し立てません。また、告知書に記載の告知事項の個人情報の取扱いに関する事項を承認し、損保ジャパンが必要範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者とも同意します。

代診費用補償プランの被保険者記名・捺印欄 (申込人と同一の場合は記載不要)

| | | | | | |
|-------|-------|---------|------|----|-----|
| 101性別 | 102年齢 | 103生年月日 | フリガナ | 氏名 | 日印 |
| 1 男 | | | | | (印) |
| 2 女 | | | | | |

091フリガナ 住 所
 職 業

★他の保険契約等がありますか。
 「はい」の方は他の保険契約について、会社名・保険種類・保険金額等をご記入ください。
 ＊「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体形定期補償保険等、この保険の全額または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

会社名 { 保険金額 (基本) } (傷害)
 (あり) { 保険種類 }

＜重要＞★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除した場合、ご契約をお支払いできないことがありますが、正しくご記入ください。

裏面の告知書もご記入ください。

No. _____

- (ご注意)
- プランシートの内容をご覧になり本欄内の項目についてご記入ください。
 - 所得補償保険金額が平均月間所得額の範囲内となるよう加入人数をお決めください。
 - 告知していただいた内容に基づき、お引受けの可否が決まります。
 - 告知しなかったり、告知した内容が事実と異なると、ご契約が解除になります。
 - 告知しなかったり、告知した内容が事実と異なると、正しくご記入ください。
 - 告知書は、記入例をご参照いただき、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「ありのままに」正確に「もれなく」ご記入(告知)ください。

認印を押し
 ください

代診費用補償プランご加入人数

10

希望人数

| 加入型 | 加入人数 | 型 | 型 | 型 | 型 | 合計分割保険料 |
|-----|------|---|---|---|---|---------|
| 991 | 996 | 型 | 型 | 型 | 型 | 円 068 |
| 992 | 997 | 型 | 型 | 型 | 型 | 円 |

〈代診費用補償プラン〉

広島県歯科医師会(日本歯科医師会)

団体所得補償保険加入依頼書・被保険者告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中

団体所得補償保険契約への加入を依頼します。
なお、納付すべき保険料は歯医会指定預金口座より控除されることを承認します。

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または招徠ジャパン公式ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日 令和 年 月 日
保険期間 令和 年 月 1日～
令和 6年10月1日

- (ご注意)
- ハンズレットの内容をご覧になり大綱内の項目についてご記入ください。
 - 所得補償保険金額が平均月間所得額の範囲内となるよう加入人数をお決めください。
 - 告知していただいた内容にしたがって、お引受けの可否が決まります。
 - 正しく告知したことがありまますので、正確にご記入ください。
 - 告知書は、記入例を正確に読みながら、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入(告知)ください。

No. _____

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

所属都市会名 01(広島縣歯医会指定番号(基金番号)) 会員名(専従者給与を受けている方がご加入される場合)

| | | | | |
|---------|--------|---------|-----------|-----------|
| 101性 別 | 102年 齢 | 103生年月日 | 094フリガナ氏名 | (印) |
| 1 男 | (大 T) | 年 月 日 | 氏 名 | フリガナ氏名 自署 |
| 2 女 | (昭 S) | 年 月 日 | 氏 名 | |
| 091フリガナ | 住 宅 | 所 | | |

告知事項は自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、告知事項記載の告知書の個人情報(取扱い)に関する事項(正確な範囲)において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人(加入者)告知者、被保険者と共に同意します。

代診費用補償プランの被保険者記名・捺印欄 (申込人と同一の場合は記載不要)

| | | | | |
|---------|--------|---------|-----------|-----------|
| 101性 別 | 102年 齢 | 103生年月日 | 094フリガナ氏名 | (印) |
| 1 男 | (大 T) | 年 月 日 | 氏 名 | フリガナ氏名 自署 |
| 2 女 | (昭 S) | 年 月 日 | 氏 名 | |
| 091フリガナ | 住 宅 | 所 | 職 業 | |

★他の保険契約等がありますか。
「はい」の方は他の保険契約について、会社名・保険種類・保険金額等を
ご記入ください。
*「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立
所得補償保険等、団体長期障害所得補償保険等、この保険の全部または
一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約を
いいます。

会社名 } 保険種類 } 保険金額 (基本) } (傷害)

あり }

<重要>★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。

裏面の告知書もご記入ください。

代診費用補償プランご加入人数

| | | | |
|-----|------|----------|---------|
| 加入型 | 加入人数 | 型別分割保険料 | 合計分割保険料 |
| 991 | 996 | 千円 円 068 | 千円 円 |
| 型 | 口 | | |
| 992 | 997 | | |
| 型 | 口 | | |

| | | | |
|-----|------|----------|---------|
| 加入型 | 加入人数 | 型別分割保険料 | 合計分割保険料 |
| 991 | 996 | 千円 円 068 | 千円 円 |
| 型 | 口 | | |
| 992 | 997 | | |
| 型 | 口 | | |

所得補償・団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」

23.10

証券番号 9 | 1 | | | | | | | | | |

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。所得補償・団体長期障害所得補償のお申込みの際には、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

*代理告知について

所得補償(家事従事者特約セット)では、申込人ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。

<告知書のご提出が必要な方>

- 新規に所得補償・団体長期障害所得補償にご加入される方
 - 所得補償にご加入されている方で、団体長期障害所得補償に新たにご加入される方
 - 団体長期障害所得補償にご加入されている方で、所得補償に新たにご加入される方
 - 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
 - (1)ご加入の口数を増やされる方
 - (2)ご加入の保険金額を増額される方
 - (3)対象期間を延長される方
 - (4)支払対象外期間を短縮される方
 - (5)「特定疾病等対象外」を削除される方
- ※継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

<重要>

- 1.必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- 2.★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 3.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 4.告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- 5.告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1> 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

*告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認ください事項 | | | | | |
|---|---|--|---|-------|--------------------------------|-------|---|
| <p>【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。</p> <p>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</p> | はい いいえ | <p>質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。</p> <p>1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。</p> | | | | | |
| <p>【質問2】告知日(ご記入日)から過去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。</p> | はい いいえ | | | | | | |
| <p>【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、</p> <p>①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。</p> <p>②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。</p> <p>(注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。</p> <p>「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気</p> <table border="1"> <tr> <td>がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table> | がん | | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | |

<2> 上記の内容を再度ご確認ください。告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意ください」の内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。

<家事従事者特約セットの場合>

また、家事従事者特約の被保険者は、主として被保険者の家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。家事従事者でなくなった場合は、ただちに、通知します。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者
本人署名

被保険者ご本人がご署名ください。代理告知の場合は、左記「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入のうえ、代理告知者ご本人が「代理告知者署名」欄にご署名ください。

代理告知者
署名

被保険者との関係

告知書記入例

- ・必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- ・訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

- ① < 1 >の質問事項について、「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。
(注) 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
- ② < 2 >に告知日(ご記入日)をご記入のうえ、被保険者ご本人(保険の対象となる方)がご署名ください。

証券番号 911 | | | | | | | | | |

所得補償・団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」 (23.10)

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。所得補償・団体長期障害所得補償のお申込みに関しては、必ず加入依頼書と告知書をお合わせてご記入ください。
※健康告知について
所得補償(家事従事者特約セット)では、申込ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、申込ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご記入ください。ご記入、ご署名することができます。

<告知書のご提出が必要な方>

- 新規に所得補償・団体長期障害所得補償にご加入される方
- 所得補償にご加入されている方で、団体長期障害所得補償に新たにご加入される方
- 団体長期障害所得補償にご加入されている方で、所得補償に新たにご加入される方
- 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当する方
 - (1)ご加入の口数を増やされる方
 - (2)ご加入の保険金額を増額される方
 - (3)対象期間を延長される方
 - (4)支払対象外期間を短縮される方
 - (5)特定疾病等対象外を削除される方

※継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

<重要>

- 必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 告知の内容によっては、ご記入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 告知していただいた内容をご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- 告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1> 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
*告知される方がご認識されている病名・症状名が、本告知書に記載されている病名・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病名・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認いただく事項 | | | | | | |
|--|---|---|-------|--|-------|---|-----------|--|
| 【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 <small>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</small> | はい いいえ | 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。 | | | | | | |
| 【質問2】告知日(ご記入日)から過去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。 | はい いいえ | | | | | | | |
| 【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 <small>(注)医師より病名・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。</small> | はい いいえ | | | | | | | |
| <p>「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に改めて告知いただきたい病名</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table> | がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | はい いいえ | |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L | | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | | |

<2> 上記の内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなっても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の告知事項の個人情報の取扱いに関する事項を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。

<家事従事者特約セットの場合>
また、家事従事者特約の被保険者は、主として被保険者の家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。家事従事者でなくなった場合は、たごに、通知します。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなっても異議を申し立てません。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者本人署名 広島一郎

代理告知者署名 ()

告知日(ご記入日)を必ずご記入ください。

ご署名ください。

代理告知の場合には、代理告知をされる方が、被保険者の健康状態等をご確認のうえ、以下をご記入ください。

- ① 「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入ください。
- ② 「代理告知者署名」欄に代理告知をされる方の被保険者との関係をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

【特にご注意ください】

- ・「医師の診察・検査・治療・投薬」には、入院・手術・投薬をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。
また、**がん**と診断されることを含みます。
- ・「入院」には、検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
- ・「手術」には、「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破碎術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
- ・病気を指摘された後、すぐに治療や手術の必要がないため通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
- ・医師の診断により、予防目的で目薬を点眼することや、薬の処方のみをされている場合も「医師の診察・検査・治療・投薬」に該当し、告知の対象になります。
- ・医師より病名・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中の場合も、告知の対象になります。
- ・再検査、精密検査の結果、異常がなかった場合は、質問事項に「いいえ」とご回答ください。

- 44 -

〈従業員給与補償プランの記載例〉

広島県歯科医師会(日本歯科医師会)

団体所得補償保険加入依頼書・被保険者告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中
 団体所得補償保険契約への加入を依頼します。
 なお、納付すべき保険料は県歯会指定預金口座より控除されます。
 申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
 (https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報取扱いに同意します。

申込日 令和 5 年 9 月 16 日
 保険期間 令和 年 月 1日 ~
 令和 6年10月1日

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

所属都市会名 01300001 01(医療機関指定番号(基金番号)) 会員名(専従者給与を受けている方がご加入される場合)

101性別 1 男 58 歳 102年 齢 48 年 9 月 20 日 103年 月 日
 (大) (小) (年) (月) (日)
 フリガナ 氏名 ヒロシマ イチロウ
 氏名 日票 広島 一郎

091フリガナ ヒロシマ シヒガシク 79バ1サト
 住所 広島市 東区二葉の里3-2-4

従業員給与補償プランご加入口数

2

告知事項は私が記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となつたり、保険金の支払いを受けられなくなつたりも異議を申し立てません。また、告知書に記載の告知事項の個人情報の取扱いに関する事項を承認し、損保ジャパンが必要範囲において個人情報を取得・利用・提供すること、申込人(加入者)、告知者、被保険者とも同意します。

従業員給与補償プランの被保険者(従業員)記名・捺印欄

101性別 1 男 48 歳 102年 齢 48 年 6 月 5 日 103年 月 日
 (大) (小) (年) (月) (日)
 フリガナ 氏名 フジミ ハナコ
 氏名 日票 富士見 花子

091フリガナ ヒロシマ シカクミヤチヨウ
 住所 広島市中区紙屋町1-2-27

★他の保険契約等がありますか。
 [はい]の方は他の保険契約について、会社名・保険種類・保険金額等を
 ご記入ください。
 *他の保険契約等とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立
 所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険の金額または
 一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をい
 います。

会社名 { 保険金額 (基本) }
 (あり) { 保険種類 }
 (傷害)

<重要>★の項目は告知事項です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。

裏面の告知書でも記入ください。

No. _____

- (ご注意)
- シートの内容をご覧になり、上欄中の項目についてご記入ください。
 - 所得補償保険金額が平均月間所得額の範囲内となるよう加入口数をお決めください。
 - 告知書に記入した内容は、お引当りの方、お引当りの方の可及的速にお決まりください。
 - 従業員給与補償プランの加入は従業員の方、私営に加入依頼書を作成してください。
 - 従業員給与補償プランにご契約が解除になつたり、保険金のお支払いがで
 きなくなつたりする場合がありますので、正確にご記入ください。
 - 告知書は、記入前をご確認いただきながら、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が
 事実を「ありのまま」に正確に「もれなく」ご記入(告知)ください。

認印を押し
 ください

希望口数

| 加入依頼内容 | 加入型 | 加入口数 | 別別分割保険料 | 合計分割保険料 |
|--------|-----|------|---------|---------|
| 991 型 | 996 | 口 | 円 068 | 円 |
| 992 型 | 997 | 口 | | |

〈従業員給与補償プラン〉

広島県歯科医師会（日本歯科医師会）

団体所得補償保険加入依頼書・被保険者告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中

団体所得補償保険契約への加入を依頼します。
なお、納付すべき保険料は歯会指定期間口座より控除されることを承認します。

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または担保ジャパン公式ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日 令和 年 月 日
保険期間 令和 年 月 1日～
令和 6年10月1日

- 〔ご注意〕
- パンフレットの内容をご覧になり本案内の項目についてご記入ください。
 - 所得補償保険金額が平均月間所得額の範囲内となるよう加入人数をお決めください。
 - 告知した内容が平均月間所得額に満たない場合は、お引受けの可否が決定されます。
 - 従業員給与補償プランの場合には従業員の方一名ごとに加入依頼書を作成してください。
 - 正しく告知していることとありますが、ご契約が解除になったり、保険金のお支払いができなくなったりする場合がありますので、正確にご記入ください。
 - 告知書は、記入例を正確にたどきながら、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「あり」のままたまに「正確に」もれなく「ご記入(告知)ください」。

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

所属都市会名 01(医療機関指定番号(基金番号)) 会員名(専従者給与を受けている方がご加入される場合)

| | | | | |
|--------|-------------------|---------|-----------|-----|
| 101性 別 | 102年 齢 | 103生年月日 | 094フリガナ氏名 | (印) |
| 1 男 | (大 T) (昭 S) (平 H) | 年 月 日 | 自署 | |
| 2 女 | | | | |

091フリガナ 住 所

告知事項は自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、告知書に記載の告知書の個人情報(取扱い)に関する事項(正確な範囲)において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者それぞれに同意します。

従業員給与補償プランの被保険者(従業員)記名・捺印欄

| | | | | |
|--------|-------------------|---------|-----------|-----|
| 101性 別 | 102年 齢 | 103生年月日 | 094フリガナ氏名 | (印) |
| 1 男 | (大 T) (昭 S) (平 H) | 年 月 日 | 自署 | |
| 2 女 | | | | |

091フリガナ 住 所 職 業

★他の保険契約等がありますか。
「はい」の方は他の保険契約について、会社名・保険種類・保険金額等を
ご記入ください。
*「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立
所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険の全部または
一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をい
います。

会社名 } 保険種類 } 保険金額 (基本) } (傷害)

あり

<重要>★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあり得ますので正確にご記入ください。

裏面の告知書もご記入ください。

従業員給与補償プランご加入人数

| | | | |
|-----|------|---------|---------|
| 加入型 | 加入人数 | 型別分割保険料 | 合計分割保険料 |
| 991 | 996 | 円 068 | 円 |
| 992 | 997 | | |

| | | | |
|-----|------|---------|---------|
| 加入型 | 加入人数 | 型別分割保険料 | 合計分割保険料 |
| 991 | 996 | 円 068 | 円 |
| 992 | 997 | | |

所得補償・団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」

23.10

証券番号 9 | 1 | | | | | | | | |

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。所得補償・団体長期障害所得補償のお申込みの際には、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

*代理告知について

所得補償(家事従事者特約セット)では、申込人ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。

<告知書のご提出が必要な方>

- 新規に所得補償・団体長期障害所得補償にご加入される方
 - 所得補償にご加入されている方で、団体長期障害所得補償に新たにご加入される方
 - 団体長期障害所得補償にご加入されている方で、所得補償に新たにご加入される方
 - 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
 - (1)ご加入の口数を増やされる方
 - (2)ご加入の保険金額を増額される方
 - (3)対象期間を延長される方
 - (4)支払対象外期間を短縮される方
 - (5)「特定疾病等対象外」を削除される方
- ※継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

<重要>

- 1.必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- 2.★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 3.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 4.告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- 5.告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1> 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

*告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認ください事項 | | | | | |
|---|---|--|---|-------|--------------------------------|-------|---|
| <p>【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。</p> <p>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</p> | はい いいえ | <p>質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。</p> <p>1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。</p> | | | | | |
| <p>【質問2】告知日(ご記入日)から過去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。</p> | はい いいえ | | | | | | |
| <p>【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、</p> <p>①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。</p> <p>②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。</p> <p>(注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。</p> <p>「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気</p> <table border="1"> <tr> <td>がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table> | がん | | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | |

<2> 上記の内容を再度ご確認ください。告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意ください」との内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。

<家事従事者特約セットの場合>

また、家事従事者特約の被保険者は、主として被保険者の家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。家事従事者でなくなった場合は、ただちに、通知します。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者
本人署名

被保険者ご本人がご署名ください。代理告知の場合は、左記「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入のうえ、代理告知者ご本人が「代理告知者署名」欄にご署名ください。

代理告知者
署名

被保険者との関係 ()

告知書記入例

- ・ 必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- ・ 訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

- ① < 1 >の質問事項について、「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。
(注) 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
- ② < 2 >に告知日(ご記入日)をご記入のうえ、被保険者ご本人(保険の対象となる方)がご署名ください。

証券番号 911 | | | | | | | | | |

所得補償・団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」 (23.10)

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。所得補償・団体長期障害所得補償のお申込みの際は、必ず加入依頼書と告知書をおわせてご記入ください。
※健康告知について
所得補償(家事従事者特約セット)では、申込ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、申込ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご記入ください。ご記入、ご署名することができます。

< 告知書のご提出が必要な方 >

- 新規に所得補償・団体長期障害所得補償にご加入される方
- 所得補償にご加入されている方で、団体長期障害所得補償に新たにご加入される方
- 団体長期障害所得補償にご加入されている方で、所得補償に新たにご加入される方
- 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方

(1)ご加入の口数を増やされる方 (2)ご加入の保険金額を増額される方
(3)対象期間を延長される方 (4)支払対象外期間を短縮される方
(5)特定疾病等対象外を削除される方 など

*継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

< 重要 >

- 必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 告知の内容によっては、ご記入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- 告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

< 1 > 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
*告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認いただく事項 | | | | | | |
|--|---|---|-------|--|-------|---|-----------|--|
| 【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 <small>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</small> | はい いいえ | 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。 | | | | | | |
| 【質問2】告知日(ご記入日)から過去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。 | はい いいえ | | | | | | | |
| 【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 <small>(注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。</small> | はい いいえ | | | | | | | |
| 「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に改めて告知いただきたい病気 | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table> | がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | はい いいえ | |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L | | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | | |

< 2 > 上記の内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなっても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の告知事項の個人情報の取扱いに関する事項を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。
< 家事従事者特約セットの場合 >
また、家事従事者特約の被保険者は、主として被保険者の家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。家事従事者でなくなった場合は、たごに、通知します。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなっても異議を申し立てません。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者本人署名 広島一郎

代理告知者署名 ()

告知日(ご記入日)を必ずご記入ください。

ご署名ください。

告知日(ご記入日)を必ずご記入ください。

代理告知の場合には、代理告知をされる方が、被保険者の健康状態等をご確認のうえ、以下をご記入ください。

- ① 「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入ください。
- ② 「代理告知者署名」欄に代理告知をされる方の被保険者との関係をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

【特にご注意ください】

- ・ 「医師の診察・検査・治療・投薬」には、入院・手術・投薬をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。
また、**がん**と診断されることを含みます。
- ・ 「入院」には、検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
- ・ 「手術」には、「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破碎術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
- ・ 病気を指摘された後、すぐに治療や手術の必要がないため通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
- ・ 医師の診断により、予防目的で目薬を点眼することや、薬の処方のみをされている場合も「医師の診察・検査・治療・投薬」に該当し、告知の対象になります。
- ・ 医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中の場合も、告知の対象になります。
- ・ 再検査、精密検査の結果、異常がなかった場合は、質問事項に「いいえ」とご回答ください。

- 48 -

〈奥さま入院安心プランの記載例〉

広島県歯科医師会(日本歯科医師会)

団体所得補償保険加入依頼書・被保険者告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中
 団体所得補償保険契約への加入を依頼します。
 なお、納付すべき保険料は県歯会指定預金口座より控除されます。
 申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
 (https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報取扱いに同意します。

申込日 令和 5 年 9 月 16 日
 保険期間 令和 年 月 1日～
 令和 6年10月1日

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

所属都市会名 01(医療機関指定番号(基金番号)) 会員名(専従者給与を受けている方がご加入される場合) 01300001

101性別 1 男 2 女
 102年齢 58 歳
 103生年月日 04(年) 09(月) 20(日)
 フリガナ 氏名 ヒロシマ イチロウ
 氏名 日票 広島 一郎
 住所 ヒロシマシヒガシク 79バ / サト
 広島市 東区二葉の里3-2-4

告知事項は私が記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなります。また、告知書に記載の告知事項の取扱いに関する事項を承認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・共有すること、申込人(加入者)、告知者、被保険者とも同意します。

奥さま入院安心プランの被保険者(奥さま)記名・捺印欄

〈家事従事者特約付帯の場合〉
 私は、主として私の家庭において炊事、掃除、洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。職種が変わった場合は、直ちに貴社へ通知します。

101性別 1 男 2 女
 102年齢 55 歳
 103生年月日 04(年) 04(月) 05(日)
 フリガナ 氏名 ヒロシマ ハナコ
 氏名 日票 広島 花子
 職業 主婦
 住所 ヒロシマシヒガシク 79バ / サト
 広島市 東区二葉の里3-2-4

★他の保険契約等がありますか。
 [はい]の方は他の保険契約について、会社名・保険種類・保険金額等をご記入ください。
 *他の保険契約等とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体退職所得補償保険等、この保険の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

会社名 { 保険金額 (基本) }
 { あり } 保険種類 { (傷害) }

〈重要〉★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。

裏面の告知書もご記入ください。

No. _____

- (ご注意)
- プランシートの内容をご覧になり本欄内の項目についてご記入ください。
 - 所得補償保険金額が平均月間所得額の範囲内となるよう加入人数をお決めください。
 - 告知していただいた内容に基づき、お引受けの可否が決まります。
 - 告知しなかったり、告知した内容と異なる内容が判明になったり、保険金のお支払いができなかったりすることがありますので、正確にご記入ください。
 - 告知書は、記入例をご確認いただきながら、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「ありのまま」正確に「もれなく」ご記入(告知)ください。

認印を押印
 ください

希望人数

奥さま入院安心プランご加入人数

5

| 加入型 | 加入人数 | 型 | 別分別割保険料 | 合計分別割保険料 |
|-----|------|---|---------|----------|
| 991 | 996 | 型 | 千円 | 円 068 |
| 992 | 997 | 型 | | |

〈奥さま入院安心プラン〉

広島県歯科医師会（日本歯科医師会）

団体所得補償保険加入依頼書・被保険者告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中

団体所得補償保険契約への加入を依頼します。
なお、納付すべき保険料は歯学会指定預金口座より控除されることを承認します。

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または担保ジャパン公式ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日 令和 年 月 日
保険期間 令和 年 月 1日～
令和 6年10月1日

- 〔ご注意〕
- ハンズレットの内容をご覧になり本欄内の項目についてご記入ください。
 - 所得補償保険金額が平均月間所得額の範囲内となるよう加入人数をお決めください。
 - 告知していただいた内容に基づき、お引受けの可否が決まります。
 - 正しく告知していただくことと、ご契約が解除になったり、保険金のお支払いができなくなったりする場合がありますので、正確にご記入ください。
 - 告知書は、記入例を正確に読みながら、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入(告知)ください。

No. _____

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

所属都庁会名 _____ 01(広島職関指番号(基金番号)) 会員名(専従者給与を受けている方がご加入される場合)

| | | | |
|----------------------|---|---|-----|
| 101性 別 1 男 2 女 | 102年 齢 094 氏名 フリガナ 氏名 自署 | 103生年月日 年 月 日 094 氏名 フリガナ 氏名 自署 | (印) |
| 091 フリガナ | 住 宅 _____ | 住 宅 _____ | |
| 住 宅 _____ | 住 宅 _____ | 住 宅 _____ | |
| 所 住 _____ | 所 住 _____ | 所 住 _____ | |

告知事項は自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、告知書に記載の告知書の個人情報の取扱いに関する事項(正確な職階、損保ジャパンにおいて個人情報を取得・利用・提供すること、申込人(加入者)告知者、被保険者)に同意します。

奥さま入院安心プランの被保険者(奥さま)記名・捺印欄

〈家事従事者特約付帯の場合〉

私は、主として私の家庭において炊事、掃除、洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることを相違ありません。職種が変わった場合は、直ちに貴社へ通知します。

| | | | |
|----------------------|---|---|-----|
| 101性 別 1 男 2 女 | 102年 齢 094 氏名 フリガナ 氏名 自署 | 103生年月日 年 月 日 094 氏名 フリガナ 氏名 自署 | (印) |
| 091 フリガナ | 住 宅 _____ | 住 宅 _____ | |
| 住 宅 _____ | 住 宅 _____ | 住 宅 _____ | |
| 所 住 _____ | 所 住 _____ | 所 住 _____ | |
| 職 業 _____ | 職 業 _____ | 職 業 _____ | |

★他の保険契約等がありますか。
「はい」の方は他の保険契約について、会社名・保険種類・保険金額等を
ご記入ください。
*「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立
所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険の全部または
一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をい
います。

会社名 _____ 保険種類 _____ (傷害)
(あり)

保険金額 (基本) _____

<重要>★の項目は告知事項です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。

裏面の告知書もご記入ください。

奥さま入院安心プランご加入人数

| | | | |
|------|-----|------|-----|
| 加入人数 | 096 | 加入人数 | 097 |
| 加入人数 | 097 | 加入人数 | 098 |

| 加入型 | 加入人数 | 型別分割保険料 | 合計分割保険料 |
|-----|------|---------|---------|
| 991 | 996 | 円 068 | 円 |
| 992 | 997 | | |

所得補償・団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」

23.10

証券番号 9 | 1 | | | | | | | |

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。所得補償・団体長期障害所得補償のお申込みの際には、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

*代理告知について

所得補償(家事従事者特約セット)では、申込人ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。

<告知書のご提出が必要な方>

- 新規に所得補償・団体長期障害所得補償にご加入される方
 - 所得補償にご加入されている方で、団体長期障害所得補償に新たにご加入される方
 - 団体長期障害所得補償にご加入されている方で、所得補償に新たにご加入される方
 - 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
 - (1)ご加入の口数を増やされる方
 - (2)ご加入の保険金額を増額される方
 - (3)対象期間を延長される方
 - (4)支払対象外期間を短縮される方
 - (5)「特定疾病等対象外」を削除される方
- ※継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

<重要>

- 1.必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- 2.★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 3.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 4.告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- 5.告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1> 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

*告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認ください事項 | | | | | |
|---|---|--|---|-------|--------------------------------|-------|---|
| <p>【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。</p> <p>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</p> | <p>はい</p> <p>いいえ</p> | <p>質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。</p> <p>1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。</p> | | | | | |
| <p>【質問2】告知日(ご記入日)から過去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。</p> | <p>はい</p> <p>いいえ</p> | | | | | | |
| <p>【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、</p> <p>①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。</p> <p>②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。</p> <p>(注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。</p> <p>「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気</p> <table border="1"> <tr> <td>がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table> | がん | | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | |

<2> 上記の内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意ください」との内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。

<家事従事者特約セットの場合>

また、家事従事者特約の被保険者は、主として被保険者の家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。家事従事者でなくなった場合は、ただちに、通知します。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者
本人署名

被保険者ご本人がご署名ください。代理告知の場合は、左記「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入のうえ、代理告知者ご本人が「代理告知者署名」欄にご署名ください。

代理告知者
署名

被保険者との関係

告知書記入例

- ・ 必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- ・ 訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

- ① < 1 >の質問事項について、「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。
(注) 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
- ② < 2 >に告知日(ご記入日)をご記入のうえ、被保険者ご本人(保険の対象となる方)がご署名ください。

証券番号 911 | | | | | | | | | |

所得補償・団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」 (23.10)

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。所得補償・団体長期障害所得補償のお申込みに関しては、必ず加入依頼書と告知書をお合わせてご記入ください。
※所得補償(家事従事者特約セット)では、申込ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、申込ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご記入ください。ご記入、ご署名することができます。

<告知書のご提出が必要な方>

- 新規に所得補償・団体長期障害所得補償にご加入される方
- 所得補償にご加入されている方で、団体長期障害所得補償に新たにご加入される方
- 団体長期障害所得補償にご加入されている方で、所得補償に新たにご加入される方
- 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方

(1)ご加入の口数を増やされる方 (2)ご加入の保険金額を増額される方
(3)対象期間を延長される方 (4)支払対象外期間を短縮される方
(5)特定疾病等対象外を削除される方 など

*継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

<重要>

- 必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 告知の内容によっては、ご記入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- 告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1> 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
*告知される方がご認識されている病名・症状名が、本告知書に記載されている病名・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病名・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認いただく事項 | | | | | | |
|--|---|---|-------|--|-------|---|-----------|--|
| 【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 <small>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</small> | はい いいえ | 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。 | | | | | | |
| 【質問2】告知日(ご記入日)から過去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。 | はい いいえ | | | | | | | |
| 【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 <small>(注)医師より病名・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。</small> | はい いいえ | | | | | | | |
| <p>「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に改めて告知いただきたい病名</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table> | がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | はい いいえ | |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L | | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | | |

<2> 上記の内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の告知事項の個人情報の取扱いに関する事項を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。
<家事従事者特約セットの場合>
また、家事従事者特約の被保険者は、主として被保険者の家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。家事従事者でなくなった場合は、たごに、通知します。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者本人署名 広島一郎

代理告知者署名 ()

告知日(ご記入日)を必ずご記入ください。

ご署名ください。

代理告知の場合には、代理告知をされる方が、被保険者の健康状態等をご確認のうえ、以下をご記入ください。

- ① 「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入ください。
- ② 「代理告知者署名」欄に代理告知をされる方の被保険者との関係をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

【特にご注意ください】

- ・ 「医師の診察・検査・治療・投薬」には、入院・手術・投薬をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。
また、**がんと診断されることを含みます。**
- ・ 「入院」には、検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
- ・ 「手術」には、「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破砕術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
- ・ 病気を指摘された後、すぐに治療や手術の必要がないため通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
- ・ 医師の診断により、予防目的で目薬を点眼することや、薬の処方のみをされている場合も「医師の診察・検査・治療・投薬」に該当し、告知の対象になります。
- ・ 医師より病名・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中の場合も、告知の対象になります。
- ・ 再検査、精密検査の結果、異常がなかった場合は、質問事項に「いいえ」とご回答ください。

記載例

内容変更または口数変更をご希望の場合のみご提出ください。

ご変更を希望される項目のみに、ご記入をお願いします。

団体所得補償保険変更依頼書

令和 5 年 9 月 16 日

(公益社団法人日本歯科医師会)
(一般社団法人広島県歯科医師会) 御中

私は、「団体所得補償保険」の継続加入について、下記のとおり変更します。

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

| 加入者(会員)氏名 | 医療施設所在地 |
|-----------|---------------------------------|
| 広島 一郎 (印) | 〒732-0057 () 広島市東区二葉の里3-2-4 |

現在の (A 標準) タイプから、(B 補償充実) タイプへ変更します。

※以下の場合、裏面の「告知書」にご記入をお願いします。

- ・標準タイプから、補償充実タイプ・エコノミータイプⅡ(支払対象外期間4日)へご変更される場合。
- ・エコノミータイプⅠ(支払対象外期間7日)から、標準タイプ(支払対象外期間7日)・補償充実タイプ・エコノミータイプⅡ(支払対象外期間4日)へご変更される場合。

増口 現在の口数 (10) 口から、(15) 口に増口します。

(裏面の「被保険者告知書」にご記入をお願いします。)

減口 現在の口数 () 口から、() 口に減口します。

「入院支払対象外期間 0日プラン」のセットを希望します。

(裏面の「被保険者告知書」にご記入をお願いします。)

「入院支払対象外期間 0日プラン」のセットを希望しません。

「団体所得補償保険」を脱退(解約)します。

※現在のご加入内容から、特にご変更の希望がない場合は返信不要です。同等条件にて更改手続きをさせていただきます。

社内使用欄

内容変更または口数変更をご希望の場合のみご提出ください。

ご変更を希望される項目のみに、ご記入をお願いします。

団体所得補償保険変更依頼書

令和 年 月 日

(公益社団法人日本歯科医師会)
(一般社団法人広島県歯科医師会) 御中

私は、「団体所得補償保険」の継続加入について、下記のとおり変更します。

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

| 加入者(会員)氏名 | 医療施設所在地 |
|-----------|--------------------------|
| ① | 〒 ー ☎ () |

現在の()タイプから、()タイプへ変更します。

※以下の場合、裏面の「告知書」にご記入をお願いします。

- ・標準タイプから、補償充実タイプ・エコノミータイプⅡ(支払対象外期間4日)へご変更される場合。
- ・エコノミータイプⅠ(支払対象外期間7日)から、標準タイプ(支払対象外期間7日)・補償充実タイプ・エコノミータイプⅡ(支払対象外期間4日)へご変更される場合。

増口 現在の口数()口から、()口に増口します。

(裏面の「被保険者告知書」にご記入をお願いします。)

減口 現在の口数()口から、()口に減口します。

「入院支払対象外期間 0日プラン」のセットを希望します。

(裏面の「被保険者告知書」にご記入をお願いします。)

「入院支払対象外期間 0日プラン」のセットを希望しません。

「団体所得補償保険」を脱退(解約)します。

※現在のご加入内容から、特にご変更の希望がない場合は返信不要です。同等条件にて更改手続きをさせていただきます。

社内使用欄

所得補償・団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」

23.10

証券番号 9 | 1 | | | | | | | | |

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。所得補償・団体長期障害所得補償のお申込みの際には、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

*代理告知について
所得補償(家事従事者特約セット)では、申込人ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。

<告知書のご提出が必要な方>

- 新規に所得補償・団体長期障害所得補償にご加入される方
 - 所得補償にご加入されている方で、団体長期障害所得補償に新たにご加入される方
 - 団体長期障害所得補償にご加入されている方で、所得補償に新たにご加入される方
 - 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
 - (1)ご加入の口数を増やされる方
 - (2)ご加入の保険金額を増額される方
 - (3)対象期間を延長される方
 - (4)支払対象外期間を短縮される方
 - (5)「特定疾病等対象外」を削除される方
- ※継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

<重要>

- 必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- 告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1> 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

*告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認ください事項 | | | | | |
|---|--|---|--|-------|--------------------------------|-------|--|
| <p>【質問1】 告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。</p> <p>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</p> | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。 | | | | | |
| <p>【質問2】 告知日(ご記入日)から過去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。</p> | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | | | | | | |
| <p>【質問3】 告知日(ご記入日)から過去2年以内に、</p> <p>①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。</p> <p>②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。</p> <p>(注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。</p> <p>「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気</p> <table border="1"> <tr> <td>がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table> | がん | | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | |

<2> 上記の内容を再度ご確認ください。告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意ください」の内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。

<家事従事者特約セットの場合>

また、家事従事者特約の被保険者は、主として被保険者の家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。家事従事者でなくなった場合は、ただちに、通知します。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者
本人署名

被保険者ご本人がご署名ください。代理告知の場合は、左記「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入のうえ、代理告知者ご本人が「代理告知者署名」欄にご署名ください。

代理告知者
署名

被保険者との関係

告知書記入例

- ・ 必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- ・ 訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

- ① < 1 >の質問事項について、「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。
(注) 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
- ② < 2 >に告知日(ご記入日)をご記入のうえ、被保険者ご本人(保険の対象となる方)がご署名ください。

証券番号 911 | | | | | | | |

所得補償・団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」 (23.10)

損害保険ジャパン株式会社 宛

※この告知書は加入依頼書の一部となります。所得補償・団体長期障害所得補償のお申込みに関しては、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。
※健康告知について
所得補償(家事従事者特約セット)では、申込ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親類))の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、申込ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご記入ください。ご記入、ご署名することができます。

< 告知書のご提出が必要な方 >
 ○新規に所得補償・団体長期障害所得補償にご加入される方
 ○所得補償にご加入されている方で、団体長期障害所得補償に新たにご加入される方
 ○団体長期障害所得補償にご加入されている方で、所得補償に新たにご加入される方
 ○継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
 (1)ご加入の口数を増やされる方 (2)ご加入の保険金額を増額される方
 (3)対象期間を延長される方 (4)支払対象外期間を短縮される方 など
 (5)特定疾病等対象外を削除される方
 ※継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

< 重要 >
 1.必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
 2.★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
 3.告知の内容によっては、ご記入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
 4.告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
 5.告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

< 1 > 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
 ※告知される方がご認識されている病名・症状名が、本告知書に記載されている病名・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病名・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認いただく事項 | | | | | | |
|--|---|---|-------|--------------------------------|-------|---|--|--|
| 【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 <small>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</small> | はい いいえ | 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。 | | | | | | |
| 【質問2】告知日(ご記入日)から過去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。 | はい いいえ | | | | | | | |
| 【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 (注)医師より病名・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に改めて告知いただきたい病名 | はい いいえ | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table> | がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | | |

< 2 > 上記の内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなっても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の告知事項の個人情報の取扱いに関する事項を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。
< 家事従事者特約セットの場合 >
 また、家事従事者特約の被保険者は、主として被保険者の家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている者(家事従事者)であることに相違ありません。家事従事者でなくなった場合は、たごに、通知します。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者 本人署名 広島一郎

代理告知者 署名 ()

ご署名ください。

告知日(ご記入日)を必ずご記入ください。

代理告知の場合には、代理告知をされる方が、被保険者の健康状態等をご確認のうえ、以下をご記入ください。

① 「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入ください。

② 「代理告知者署名」欄に代理告知をされる方の被保険者との関係をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

【特にご注意ください】

- ・ 「医師の診察・検査・治療・投薬」には、入院・手術・投薬をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。
また、**がん**と診断されることを含みます。
- ・ 「入院」には、検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
- ・ 「手術」には、「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破砕術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
- ・ 病気を指摘された後、すぐに治療や手術の必要がないため通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
- ・ 医師の診断により、予防目的で目薬を点眼することや、薬の処方のみをされている場合も「医師の診察・検査・治療・投薬」に該当し、告知の対象になります。
- ・ 医師より病名・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中の場合も、告知の対象になります。
- ・ 再検査、精密検査の結果、異常がなかった場合は、質問事項に「いいえ」とご回答ください。

〈長期休業補償プランの記載例〉

広島県歯科医師会(日本歯科医師会)

団体長期障害所得補償保険加入依頼書・健康状態に関する告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中

団体所得補償保険契約への加入を依頼します。

なお、納付すべき保険料は県歯会指定預金口座より控除されることを承認します。

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式サイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

(ご注意)
 ●パンフレットの内容をご覧になり太線内の項目についてご記入ください。
 ●保険金額が平均月所得額の範囲内となるよう加入口数をお決めください。
 ●告知していた内容に誤りがある場合、お引受けの可否が決まります。
 ●正しい告知事項を記載し、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
 ●告知書は、記入例を正確にたどる必要がなく、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「ありのまま」に「正確に」もれなく「ご記入(告知)ください。」

申込日 令和 5 年 9 月 16 日
 保険期間 令和 6 年 1 月 1 日～
 令和 6 年 10 月 1 日

申込人(被保険者)

| | | | |
|-------|--------------------------------|----|-------------------|
| 所属郡市区 | 〒 7 3 2 0 0 5 7 広島市東区二葉の里3-2-4 | | |
| フリガナ | ヒロシマシヒガシク79バ1サト | | |
| ご連絡先 | () | | |
| 住所 | 広島市東区二葉の里3-2-4 | | |
| 氏名 | 広島 一郎 | | |
| フリガナ | ヒロシマ イチロウ | | |
| 性別 | ①男 | ②女 | ③昭 38年 9月 20日 58歳 |

加入口数

希望口数
 / 0 口

15口までご加入いただけます。

天災危険補償特約

セットする

セットしない

保険料

円

★他の保険契約等がありますか。
 「はい」の方は右欄に、他の保険契約等について、会社名・保険種類・保険金額等をご記入ください。欄が不足する場合は、(別紙)に○をして、会社名・保険種類・保険金額等を記載した別紙(様式)を同封してください。
 ※「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険の発給または一部に對して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

会社名 ()
 保険種類 ()
 保険金額 (基本) ()
 (傷害) (別紙)

＜別紙＞1本の内容は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあり得ますので、ご注意ください。
 2.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がございます。

裏面の告知書もご記入ください。

〈長期休業補償プラン〉

広島県歯科医師会(日本歯科医師会)

団体長期障害所得補償保険加入依頼書・健康状態に関する告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中

団体所得補償保険契約への加入を依頼します。

なお、納付すべき保険料は県歯会指定預金口座より控除されることを承認します。

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式サイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

(ご注意)

- ネット上の内容をご覧になり、本欄内の項目についてご記入ください。
- 保険金額が平均月額所得額の範囲内となるよう加入人数をお決めください。
- 告知していただいた内容にしたがって、お引受けの可否が決まります。
- 正しい告知がないと、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
- 告知書は、記入例をご確認いただきながら、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入(告知)ください。

申込日 令和 年 月 日

保険期間 令和 6年10月1日～

令和 6年10月1日

申込人(被保険者)

| | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|
| 所属郡市区 | | | | | | | | | | | |
| 〒 | <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"/> | ご連絡先☎ |
| フリガナ | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | 印 |
| 性別 | ①男 | ②女 | 生年月日 | ②大 | ③昭 | 年 | 月 | 日 | 歳 | | |

加入口数

□

15口までご加入いただけます。

天災危険補償特約

セットする

セットしない

保険料

月々

円

| | | | |
|---|-----|--------------|--------------|
| ★他の保険契約等がありますか。 「はい」の方は右欄に、他の保険契約等について、会社名・保険種類・保険金額等をご記入ください。欄が不足する場合は、「別紙」に○をして、会社名・保険種類・保険金額等を記載した別紙(様式を問いません。)を添付してください。 *「他の保険契約等」とは、個人用傷害総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険の全部または一部に對して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。 | 会社名 | 保険金額 (基本) | 保険種類 (傷害) |
| | はい | | (別紙) |

＜重要＞1★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
2告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合があります。条件付きでご加入いただく場合があります。

裏面の告知書もご記入ください。

団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」

23.10

証券番号 9 | 1 | | | | | | | | |

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。団体長期障害所得補償のお申込みに際しては、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

<告知書のご提出が必要な方>

- 新規に団体長期障害所得補償にご加入される方
- 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
 - (1)ご加入の保険金額を増額される方
 - (2)約定給付率を上げられる方
 - (3)対象期間を延長される方
 - (4)支払対象外期間を短縮される方
 - (5)「特定疾病等対象外」を削除される方
- ※継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

<重要>

- 1.必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- 2.★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 3.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 4.告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- 5.告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1> 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

*告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認ください事項 | | | | | | |
|---|---|---|-------|--|-------|---|--|--|
| 【質問1】 告知日(ご記入日)現在 、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 ※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。 | | | | | | |
| 【質問2】 告知日(ご記入日)から過去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。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | | | | | | | |
| 【質問3】 告知日(ご記入日)から過去2年以内 に、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 (注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | | | | | | | |
| <table border="1"> <tbody> <tr> <td>がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </tbody> </table> | がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L | | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | | |

<2> 上記の内容を再度ご確認ください。告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者
本人署名

被保険者ご本人が
ご署名ください。

告知書記入例

- ・必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- ・訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

① <1*>の質問事項について、「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。
 (注) 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

② <2>に告知日(ご記入日)をご記入のうえ、被保険者ご本人(保険の対象となる方)がご署名ください。

団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」 証券番号 9 | 1 | | | | | | | | | |

23.10

損害保険ジャパン株式会社 宛 *この告知書は加入依頼書の一部となります。団体長期障害所得補償のお申込みの際は、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

<告知書のご提出が必要な方>
 ○新規に団体長期障害所得補償にご加入される方
 ○継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
 (1)ご加入の保険金額を増額される方 (2)約定給付率を上げられる方
 (3)対象期間を延長される方 (4)支払対象外期間を短縮される方
 (5)特定疾病等対象外を削除される方 など
*継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

<重要>
 1.必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
 2.★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
 3.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
 4.告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
 5.告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1*> 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
*告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知してください。

| 質問事項 | ご回答 | ご確認いただく事項 |
|---|---|---|
| 【質問1】 告知日(ご記入日)現在 、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 <small>※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。</small> | はい いいえ | 一部 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。 |
| 【質問2】 告知日(ご記入日)から過去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。 | はい いいえ | |
| 【質問3】 告知日(ご記入日)から過去2年以内に 、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 <small>(注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。</small> | はい いいえ | |
| 「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に 言明して 告知いただきたい病気 | | |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症、気分障害、感情障害、躁うつ病、うつ病、パニック障害、PTSD、適応障害、不安障害、アルコール依存症、薬物依存など) | |

<2> 上記の内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)とも同意します。

告知日(ご記入日) 令和 ● 年 ● 月 ● 日

被保険者本人署名
広島 一郎

被保険者ご本人がご署名ください。

ご署名ください。

告知日(ご記入日)を必ずご記入ください。

- 【特にご注意ください】**
- ・「医師の診察・検査・治療・投薬」には、入院・手術・投薬をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。
 また、**がんと診断されること**を含みます。
 - ・「入院」には、検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
 - ・「手術」には、「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破碎術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
 - ・病気を指摘された後、すぐに治療や手術の必要がないため通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
 - ・医師の診断により、予防目的で目薬を点眼することや、薬の処方のみをされている場合も「医師の診察・検査・治療・投薬」に該当し、告知の対象になります。
 - ・医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中の場合も、告知の対象になります。
 - ・再検査、精密検査の結果、異常がなかった場合は、質問事項に「いいえ」とご回答ください。

記載例

内容変更または口数変更をご希望の場合のみご提出ください。

ご変更を希望される項目のみに、ご記入をお願いします。

団体長期障害所得補償保険変更依頼書

令和 5 年 9 月 16 日

(公益社団法人日本歯科医師会)
(一般社団法人広島県歯科医師会) 御中

私は、「団体長期障害所得補償保険」の継続加入について、下記のとおり変更します。

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

| 加入者(会員)氏名 | 医療施設所在地 |
|-----------|---------------------------------|
| 広島 一郎 (印) | 〒732-0057 () 広島市東区二葉の里3-2-4 |

増口 現在の口数(10)口から、(15)口に増口します。
(裏面の「被保険者告知書」にご記入をお願いします。)

減口 現在の口数()口から、()口に減口します。

天災危険補償特約を追加します。

天災危険補償特約を削除します。

「団体長期障害所得補償保険」を解約(脱退)します。

※ 増口をご希望の場合は、別途「団体長期障害所得補償保険加入依頼書・健康状態に関する告知書」にご記入いただきます。(健康状態の告知が必要となります。質問事項にお答えください。)

※ 現在のご加入内容から、特にご変更の希望がない場合は返信不要です。同等条件にて更改手続きをさせていただきます。

社内使用欄

内容変更または口数変更をご希望の場合のみご提出ください。

ご変更を希望される項目のみに、ご記入をお願いします。

団体長期障害所得補償保険変更依頼書

令和 年 月 日

(公益社団法人日本歯科医師会)
(一般社団法人広島県歯科医師会) 御中

私は、「団体長期障害所得補償保険」の継続加入について、下記のとおり変更します。

申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

| 加入者（会員）氏名 | 医療施設所在地 |
|-----------|--------------------------|
| (印) | 〒 ー ☎ () |

増口 現在の口数 () 口から、() 口に増口します。
(裏面の「被保険者告知書」にご記入をお願いします。)

減口 現在の口数 () 口から、() 口に減口します。

天災危険補償特約を追加します。

天災危険補償特約を削除します。

「団体長期障害所得補償保険」を解約（脱退）します。

※ 増口をご希望の場合は、別途「団体長期障害所得補償保険加入依頼書・健康状態に関する告知書」にご記入いただきます。（健康状態の告知が必要となります。質問事項にお答えください。）

※ 現在のご加入内容から、特にご変更の希望がない場合は返信不要です。同等条件にて更改手続きをさせていただきます。

社内使用欄

| |
|--|
| |
|--|

団体長期障害所得補償 「健康状態に関する告知書」

23.10

証券番号 9 | 1 | | | | | | | | |

損害保険ジャパン株式会社 宛

*この告知書は加入依頼書の一部となります。団体長期障害所得補償のお申込みに際しては、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

<告知書のご提出が必要な方>

- 新規に団体長期障害所得補償にご加入される方
- 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
 - (1)ご加入の保険金額を増額される方 (2)約定給付率を上げられる方
 - (3)対象期間を延長される方 (4)支払対象外期間を短縮される方
 - (5)「特定疾病等対象外」を削除される方 など
- ※継続してご加入される方で、前年とご加入内容に変更がない場合は、ご記入、ご署名は不要です。

<重要>

- 1.必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- 2.★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 3.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 4.告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- 5.告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1> 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

*告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

| 質 問 事 項 | ご回答 | ご確認いただく事項 | | | | | | |
|--|---|---|-------|--|-------|---|--|--|
| 【質問1】 告知日(ご記入日)現在 、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 ※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。 | | | | | | |
| 【質問2】 告知日(ご記入日)から過去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。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | | | | | | | |
| 【質問3】 告知日(ご記入日)から過去2年以内に 、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 (注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table> | がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | 上皮内がん | 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L | 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | |
| がん | 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 | | | | | | | |
| 上皮内がん | 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L | | | | | | | |
| 精神の病気 | 精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) | | | | | | | |

<2> 上記の内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびにP.64に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。

| | | | | |
|---------------|----|---|---|---|
| 告知日 (ご記入日) | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|---------------|----|---|---|---|

被保険者
本人署名

被保険者ご本人が
ご署名ください。

告知書の個人情報の取扱いに関する事項

損保ジャパンは、この告知書に記載された個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①および②、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供を行います。

- ①損保ジャパンが、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
- ②損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。

なお、保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

損保ジャパンの個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧くださいるか、募集文書掲載の取扱代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせ願います。

お申込み前に再度ご確認ください。

- ・告知書にご記入もれはありませんか？
- ・告知日はご記入いただいていますか？
- ・告知書に告知者ご本人がご署名いただいていますか？
- ・『「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと』をご確認いただきましたか？



このパンフレットは概要を説明したものです。
さらに詳しい内容については下記までお問い合わせください。

※本契約は公益社団法人日本歯科医師会を契約者とする団体契約です。

お問い合わせ先

【取扱代理店】

広島富士見株式会社 TEL.0120-300-243

(受付時間:平日の午前8時45分から午後5時15分まで)

〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-4 広島県歯科医師会館5F

広島富士見株式会社ホームページ <https://www.hpda.or.jp/fujimi>

【引受保険会社】

損害保険ジャパン(株) TEL.082-243-6201

(受付時間:平日の午前9時から午後5時まで)

広島支店 法人第一支社 〒730-0031 広島市中区紙屋町1-2-29

損保ジャパン広島紙屋町ビル