

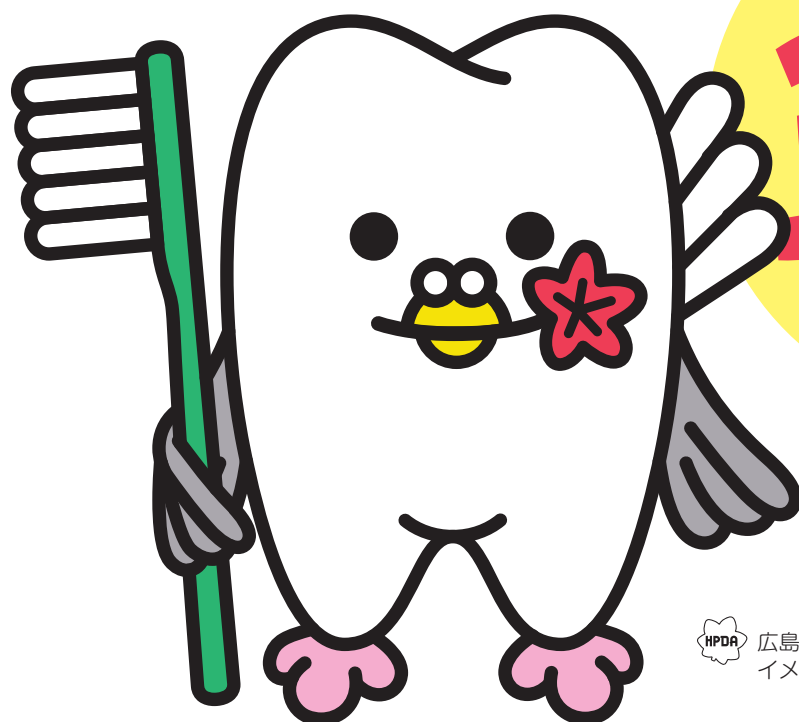
団体所得補償保険

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「はっぽくん」

保険期間

令和3年10月1日(午後4時)～
令和4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

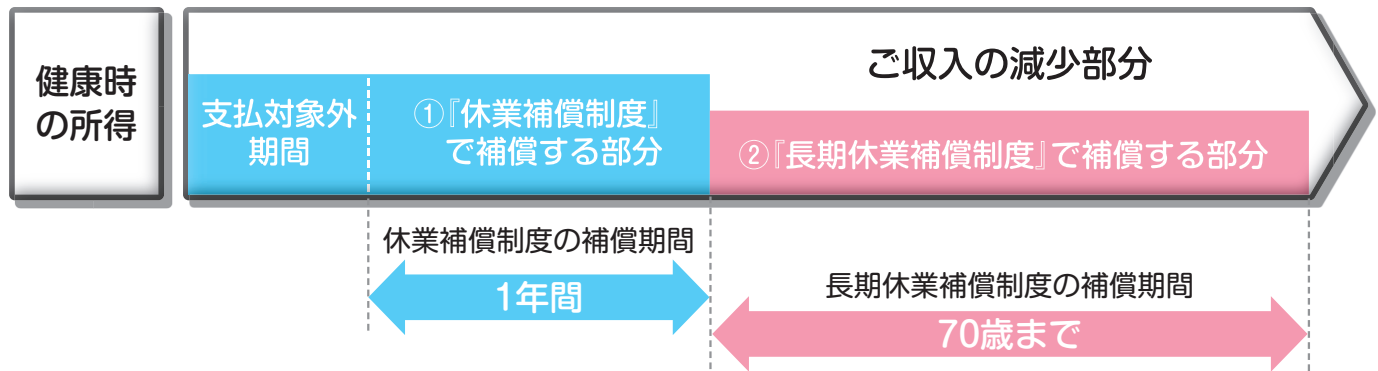
引受保険会社



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、原因となった病気等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、初日から補償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や特別な条件付きでご加入いただく場合があります。

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

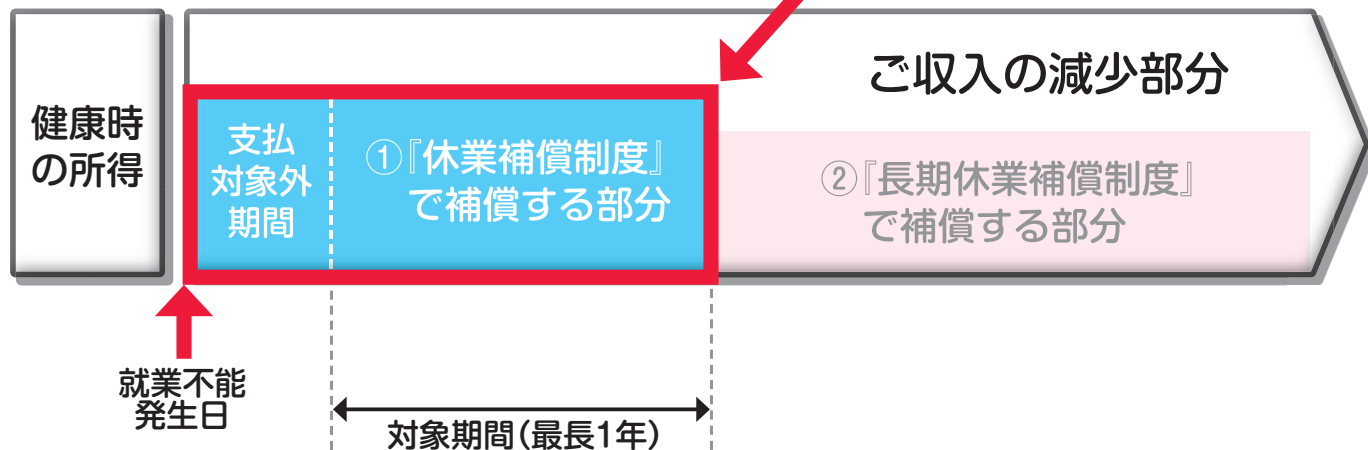
先生方のニーズにより、必要補償を3パターンからお選びください。

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!!

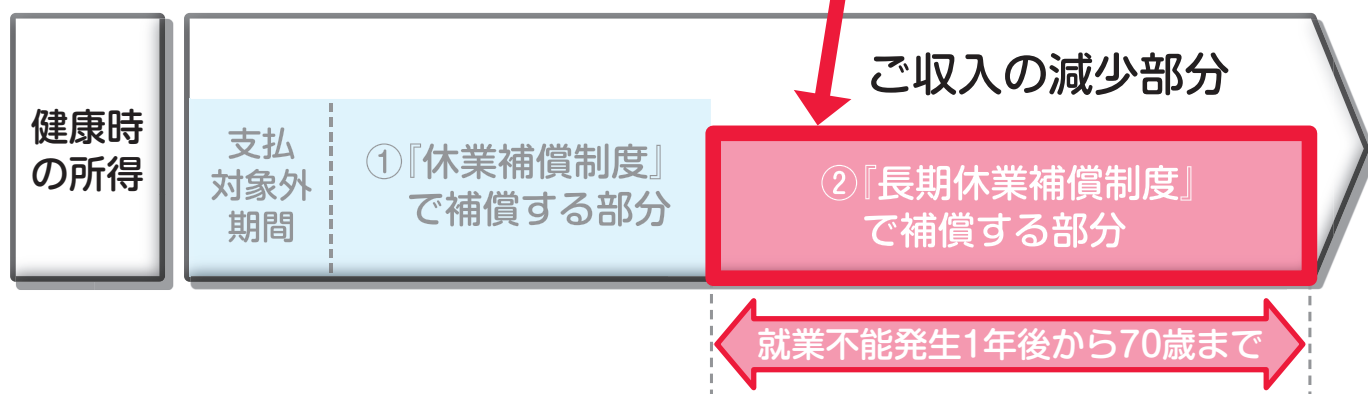


選択
2

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!!

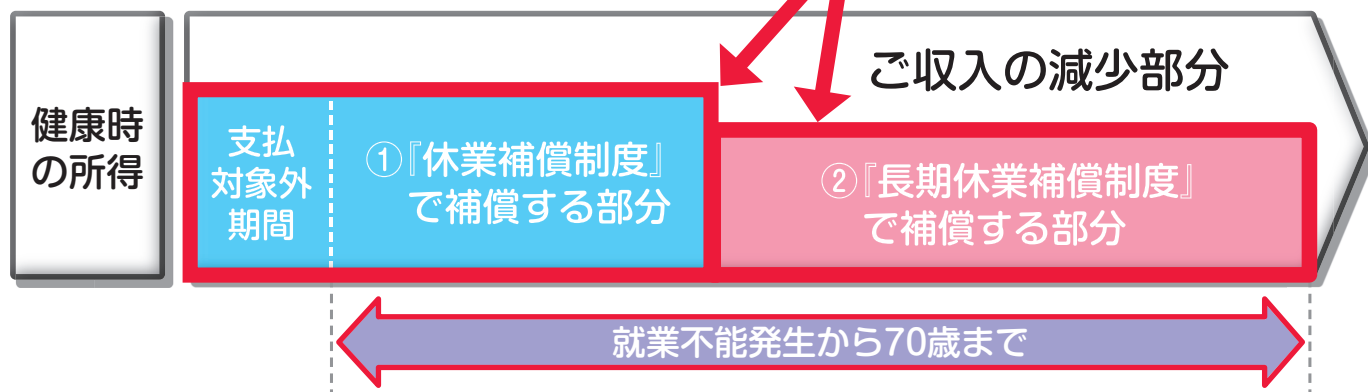


選択
3

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

5P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

13P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

15P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

17P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

19P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や、特別な条件付きでご加入いただく場合があります。)

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。

※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〉

*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

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。

注)1. 年齢は令和3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. 新規契約は令和3年10月1日における満年齢が79歳までの方となります。

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

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 (STA型のみ)
●	●	●

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3年6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、P11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		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	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		1,000
	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	4,815	—
	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3年6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、P11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	ご加入の口数	STB
	ご加入時の満年齢	1口～60口
月 払 保 険 料	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	ご加入の口数	STBN
	ご加入時の満年齢	1口～60口
月 払 保 険 料	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3年6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、P11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		
月 払 保 険 料	型 名	S4TB
	ご加入の口数	1口～60口
	ご加入時の満年齢	
	20～24歳	
	25～29歳	
	30～34歳	
	35～39歳	
	40～44歳	
	45～49歳	
	50～54歳	
	55～59歳	
	60～64歳	
	65～69歳	
	70～74歳	800
	75～79歳	900
	80～89歳	1,110
		1,360
		1,700
		1,990
		2,280
		2,410
		2,470
		2,470
		3,770
		5,130
		7,810

単位：円

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

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3年6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、P11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

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

- 〈1〉次の疾病・症状一覧表「**太字の病気**」で、過去2年間に医師の診察、検査、治療または投薬を受けたり、医師に病気を指摘された方は、この保険にご加入いただけません。
- 〈2〉「太字以外の病気」で、過去2年間に医師の診察、検査、治療または投薬を受けたり、医師に病気を指摘された方は、その疾病群全部(高血圧症であれば脳血管・循環器関係の病気全部)を補償対象外として、ご加入いただきます。

■疾病・症状一覧表

欄		I 欄	II 欄
疾病群		(I 欄に○がある方はご加入いただけません。)	(II 欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます。)
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
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
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
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 気管支拡張症 ぜんそく 肺炎 肺壊疽 自然気胸
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
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
H群	眼の疾病		白内障 緑内障 網膜炎 網膜症
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(乳腺線維腺腫を含みます。) 不正出血
Z群	その他	糖尿病 紫斑病 結核性疾患(カリエスなど) 悪性しゅよう(各種がん・上皮内新生物・肉腫) 白血病 悪性リンパ腫 脳しゅよう アルツハイマー病 パーキンソン病 こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など) リウマチ熱 精神および行動の障害(統合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病、うつ病など)・恐慌性(パニック)障害・心的外傷後ストレス障害(PTSD)・アルコール依存など)	

※前年と同等条件で継続してご加入の方は告知の必要はありません。

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や、特別な条件付きでご加入いただく場合があります。)
- 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3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

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〉

35歳の方が10口加入の場合

$1,200円 \times 10口 = 12,000円$

- ・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や、特別な条件付きでご加入いただく場合があります。)
- ⑦ **楽しい無事故戻し制度**
 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。)

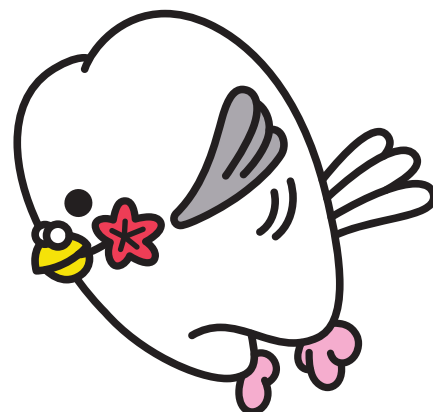
2. お支払いする費用保険金は…

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、 $(\text{保険金月額}) \times (\text{保険金支払対象期間})$ 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**

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)

『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、保険金額をお支払いします。

*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や、特別な条件付きでご加入いただく場合があります。)

⑦ 楽しい無事故戻し制度

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、入院保険金額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やっている方も、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3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**

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)

『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

上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3年6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や特別な条件付きでご加入いただく場合があります。

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。

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3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3年6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3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3年9月17日(金)

■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3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㈱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、ご提出いただきます。
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をご提出いただきます。 ※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」をご提出いただきます。

※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㈱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4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
所得補償保険(基本補償)(*)	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>●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(※1)を除きます。)、核燃料物質等によるもの</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> $\text{お支払いする保険金の額} = \text{保険金額(月額)}(※1) \times \text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)}(※2) \text{の月数}(※3)$ $\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)}(※2) = \text{就業ができない期間} - \text{支払対象外期間}$ <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)</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不能になった場合</p> <p>所得補償保険（基本補償）（※）</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日分の保険金が出払われた場合、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))を超えた以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>傷害による死亡・後遺障害補償特約</p>	<p>(1)死亡保険金</p> <p>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> <div data-bbox="435 1653 1042 1702"> <p>死亡保険金の額＝特約保険金額の全額</p> </div> <p>(2)後遺障害保険金</p> <p>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> <div data-bbox="435 1915 1042 1989"> <p>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> </div>	<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>

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 data-bbox="427 197 1031 271"> $\text{お支払いする保険金の額} = \text{保険金額(月額)} \times \text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} \div \text{月数}$ </div> <div data-bbox="427 286 1031 353"> $\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} = \text{就業ができない期間} - \text{支払対象外期間}$ </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 data-bbox="427 1832 1031 1906"> $\text{事業主費用保険金の額} = \text{特約保険金額(月額)} \times \text{対象期間内における就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} \div \text{月数}$ </div> <div data-bbox="427 1921 1031 1960"> $\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} = \text{就業ができない期間} - \text{支払対象外期間}$ </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ってい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精神病的障害、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;"> $\text{事業主費用保険金の額} = \text{特約保険金額(月額)} (※1) \times \text{対象期間内における就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} (※2) \text{の月数} (※3)$ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> $\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)} (※2) = \text{就業ができない期間} - \text{支払対象外期間}$ </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ってい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（従業員給与と補償）（※）	<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、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に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出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・特約の可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

●特定疾病等対象外特約について

- ・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や、特別な条件付きでご加入いただく場合があります。特別な条件付きでご加入いただく場合は、「特定疾病等対象外特約」により、特定の疾病群について補償対象外とする条件付きでご加入いただけます。
- ※例えば、F群「腰・脊椎の疾病」の場合、告知書記載の疾病に関わらず、腰・脊椎の疾病はすべて補償の対象外となります。
- ・「特定疾病等対象外特約」をセットされた条件でのご契約を継続される場合、継続契約においても、原則として「特定疾病等対象外特約」がセットされます。
- ・ご継続時に補償対象外とする疾病群が完治してから1年以上経過されている場合は、継続契約の保険始期から「特定疾病等対象外特約」を削除できることがあります。ただし、被保険者の年齢や補償対象外とする疾病群によっては、「特定疾病等対象外特約」を削除できないこともあります。また、保険期間の中途での削除はできません。

(削除できない場合の例)

- 補償対象外とする疾病群が複数の場合
- 告知書「疾病・症状一覧表」のF群（腰・脊椎の疾病）が補償対象外となっている場合
- ・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。

●保険金額の設定について

ご加入いただく保険金額の設定については、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、適切な保険金額をお決めください。

また、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、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3年6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)	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	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
	従業員	従業員	従業員	従業員の相続人		

(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、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 (保険金をお支払いする期間)	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ます。 (※) 骨髄採取手術を含みます。
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3年6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)がご認識している疾病・症状名が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状名と一致しなくても、医学的にその疾病・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、「疾病・症状一覧表」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、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
- ご契約のお引受けについて、告知していただいた内容により、下記①から③までのいずれかの取扱いとなります。
- ①特別な条件を付けずにご加入いただけます。
- ②特別な条件付きでご加入いただけます(「特定の疾病群について補償対象外とする条件付き(「特定疾病等対象外特約」セット)」でご加入いただけます。)
- ③今回はご加入いただけません。
- 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。告知していただいた内容により、特別な条件付きでご加入いただく場合は、補償を拡大した部分だけでなく、すでにご加入いただいている部分も、特別な条件付きでのご加入となります。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)でご加入いただく場合は、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 など
- <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。
- <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ない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3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3年9月17日(金)

■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3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、ご提出いただきます。
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」※をご提出いただきます。 ※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」をご提出いただきます。

●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4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	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。 <div>お支払いする保険金の額(月額) = 保険金額 × 所得喪失率 (※1)</div> <div>(※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</div> <div>(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。</div> <div>(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。</div> <div>(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。</div> <div>(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。</div> <div>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</div>	●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。 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 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 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

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>(※) 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 発熱等の他覚的症状のない感染 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、適切な金額をお決めください。また、他の保険契約等(※)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。

(※) 「他の保険契約等」とは、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

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や、特別な条件付きでご加入いただく場合があります。特別な条件付きでご加入いただく場合は、「特定疾病等対象外の条件」をセットすることにより、特定の疾病群について補償対象外とする条件付きでご加入いただけます。

※例えば、F群「腰・脊椎の疾病」の場合、告知書記載の疾病に関わらず、腰・脊椎の疾病はすべて補償の対象外となります。

＊「特定疾病等対象外の条件」をセットされた条件でのご契約を継続される場合、継続契約においても、原則として「特定疾病等対象外の条件」がセットされます。

＊ご継続時に補償対象外とする疾病群が完治してから1年以上経過されている場合は、継続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、被保険者の年齢や補償対象外とする疾病群によっては、「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。また、保険期間の中途での削除はできません。

(削除できない場合の例)

○補償対象外とする疾病群が複数の場合

○告知書「疾病・症状一覧表」のF群(腰・脊椎の疾病)が補償対象外となっている場合

など

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たします。
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)がご認識している疾病・症状名が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状名と一致しなくても、医学的にその疾病・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、「疾病・症状一覧表」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、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、事実を記入し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
- ご契約のお引受けについて、告知していただいた内容により、下記①から③までのいずれかの取扱いとなります。
 - ①特別な条件を付けずにご加入いただけます。
 - ②特別な条件付きでご加入いただけます(「特定の疾病群について補償対象外とする条件付き(「特定疾病等対象外の条件」をセット)」でご加入いただけます。)
 - ③今回はご加入いただけません。
- 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。告知していただいた内容により、特別な条件付きでご加入いただく場合は、補償を拡大した部分だけでなく、すでにご加入いただいている部分も、特別な条件付きでのご加入となります。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)でご加入いただく場合は、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(通知義務等)

- 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(通知義務)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3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通知ください。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
〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-4-5F | 担当:池田・日野原
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
〒730-0031 広島市中区紙屋町1-2-29 | 担当:伊藤・上田
TEL.082-243-6201 : FAX.082-542-5597
(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-japan.co.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)

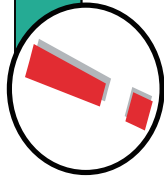
●取扱代理店は引受保険会社との委託契約に基づき、お客さまからの告知の受領、保険契約の締結・管理業務等の代理業務を行っております。

したがって、取扱代理店とご締結いただいて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よ款・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」にあたってご注意ください

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、お引受けの可否や、補償の条件（一部の疾病群を補償の対象外とする条件の要否）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、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、治療または投薬」や特にご注意ください事項については記入例に掲載してい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。

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

ご契約のお引受けについて、告知していただいた内容により、下記①から③までのいずれかの取扱いとなります。

- ① **特別な条件を付けずにご加入**いただけます。
- ② **特別な条件付きでご加入**いただけます。
「特定の疾病群について補償対象外とする条件付き（「特定疾病等対象外の条件」をセット）」でご加入いただけます。
- ③ **今回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）でご加入した
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。

團體所得補償保險加入依賴書・被保險者告知書

団体所得補償保険契約への加入を依頼します。
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。

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

所属都庁会名	014係機関指定番号(基金番号)	会員名(申込者給与を受けている方がご加入される場合)
	01300001	
性別	102年 齢	103生年月日
1男 2女	58歳	(大) 38 (小) 9月20日
		フリガナ
		氏名 広島 一郎
		山脈
		印
091 フリガナ	ヒロシマシ ヒガシク 79バ / サト	
住 所	広島市東区二葉の里3-2-4	

休業補償プランの被保険者記名・捺印欄

001性別	男	1987年	月	日	氏名	フリガナ
002年齢	26歳					
003住所	〒					
職業						
印						

※「他の保険契約等」とは、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期生命保険、遺言書付他の保険等、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、この保険は共済制度をいいます。

裏面の告知書もご記入ください。

該當するものに○印を付けてください。

ご加入タイプ (該当するタイプに (〇)を付けてください。) 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)	No.
--	-----

[illegible]

認印を押しだす

休業補償プランご加入回数

希望口数

無有

無有

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

加入型	加入口数	型別分制保険料		合計分制保険料	
		千	円	千	円
9901	9902	型	口		
9902	9907	型	口		
加入依頼内容					

会社名	保険金額 (基本)	(被害)	(別紙)

〈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)	年 月 日	自署		
2 女	(昭 S)	年 月 日	自署		
	(平 H)	年 月 日	自署		
091フリガナ					
住 所					

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(北確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取扱、利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者全員に同意します。

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		(印)
1 男	(大 T)	年 月 日	自署		
2 女	(昭 S)	年 月 日	自署		
	(平 H)	年 月 日	自署		
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、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)	保険金額(傷害)
(印)	(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.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合や、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。

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口数をお決めください。
- 告知しない内容にしたがって、お引受けの可否や、補償の条件(一部の疾病群を補償の対象外とする条件の要否)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、記入例をご確認いただきますながら、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

	口
--	---

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	996	千円 円 068	千円 円
992	997		
加入依頼内容			

団体所得補償保険「健康状態に関する告知書」

19.10

証券番号 91

*この告知書は加入依頼書の一部となります。団体所得補償保険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。

1★ 以下の質問事項にご回答ください。「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。質問事項へのご回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。

質問事項		ご回答	ご確認・ご記入いただく事項
(1)	告知日現在、お仕事に就かれていない、またはお仕事による収入（勤労所得）を得ていない状態ですか。 （家事従事者特約セットの場合）告知日現在、主として家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている状態ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(2)	告知日現在、入院中ですか。 または告知日以降に入院もしくは手術などの予定がありますか。 ※医師からすすめられている場合と相談している場合を含みます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(3)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりこれらの疾病・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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(4)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりこれらの疾病・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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方は下記<2>の「疾病・症状一覧表」II欄の該当する疾病・症状すべてに○をしてください。
(5)	女性の方のみご回答ください。 告知日現在、妊娠中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。

2★ <1>の(4)で「はい」の方は下記「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、II欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○をご記入ください。

疾病群	I 欄 (I 欄に該当がある方はご加入いただけません。)	II 欄 (II 欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます。)
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（腫瘍炎） 胃・腸のポリプ（腫瘍腫）大腸炎
B 群 肝臓・胆のう・すい臓の疾病	肝硬変 慢性肝炎 肝肥大 さい炎	急性肝炎 肝のうよう（胆石）胆のう炎
C 群 腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 ネフロローゼ 腎不全 副腎しゅよう	腎盂炎 急性腎炎 腎臓・膀胱・尿道の結石
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 肺胸 ぜんそく（気管支拡張症）肺炎
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 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。） 心臓血管 動脈硬化症 動脈瘤	肺塞栓症 自然気胸 高血圧症 肺動脈瘤
F 群 腰・脊椎の疾病	骨のしゅよう性疾患	腰痛症 変形性脊椎椎症（ギックリ腰）
H 群 眼の疾病		権間板ヘルニア（骨粗しょう症）後縦筋骨化症
I 群 ご婦人の疾病		白内障 緑内障 網膜炎 網膜症 子宮筋腫 子宮内膜炎 卵巣のう腫 乳腺症（乳腺線維腫を含みます。） 不正出血
Z 群 その他	糖尿病 紫斑病 結核性疾患（カリエスなど） 脳しゅよう 悪性しゅよう（各種がん、上皮内新生物・肉腫） 白血病 悪性リンパ腫 アルツハイマー病 ベーチエット病 こうげん病（全身性エリテマトーデス、強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など） リウマチ熱 精神および行動の障害（統合失調症・気分（感情）障害（躁うつ病、うつ病など）・恐怖性（パニック）障害・心的外傷後ストレス障害（PTSD）・アルコール依存など）	

告知される方（被保険者）が認識している疾病・症状名が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状と一致しなくても、医学的にその疾病・症状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、「疾病・症状一覧表」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。

<重要>
1. ★の項目は告知事項です。記入内容が事実と異なる場合は、ご契約を継続することや保険金をお支払いできないことがあるので正確にご記入ください。
2. 告知の内容によって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いた場合もありますので、あらかじめご了承ください。

3 <2>でII欄に○がある方は以下の特別な条件が付きます。

※該当する疾病群がある場合は、以下の特約がセットされます。補償対象外とする疾病等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。

補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる特約
○がある疾病群に属するすべての疾病 ※例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左表記載の疾病に属するすべて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。	特定疾病等 対象外特約

継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。

4 <1>から<3>まで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、ご契約の解除となります。特約金の支払いを受けられなくなることもあります。また、健康状態に関する告知にあたってご注意いただいた事項を正確に記入し、損保ジャパンが定める必要書類に必要事項を記入し、利用・提供すること、（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。
<家事従事者特約セットの場合>
また、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（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、通知いたします。上記に相違していた場合は、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ることもあります。また、健康状態に関する告知にあたってご注意いただいた事項を正確に記入し、損保ジャパンが定める必要書類に必要事項を記入し、利用・提供すること、（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。

・告知していただいた内容の確認のため、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。

〈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)

團體所得補償保險加入依賴書·被保險者告知書

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。
申込者(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。

申込日 令和 3 年 9 月 16 日

保険期間 令和 年 月 1 日～
令和 4 年 10 月 1 日

(ご注意)

- パンフ
- 所得補
- 告知し
- 群を補
- 正しな
- き告知
- 書実を

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

所屬郡市会名	014座機関指定番号(基金番号)	会場名(郵便署給とを受けている方がご加入される場合)
	102年 歳	01300001
性別 ①男 ②女	101年 齢 58	103生年月日 (大) 天 (小) 昭 S (平) H
		氏名 フリガナ 094 広島 一郎
		印鑑
991 フリガナ	ヒロシマシ ヒガシク 79バ / サト	
住所	広島市東区二葉の里3-2-4	

告知事項は私たちが記入したのであり、契約が解除となった場合、保証金の支払いを受けられなくなりました。別議を申し立てません。また、告知期間の「告知事項の開示期限」において個人情報取得・利用・提供すること（申込）（加えて）告知者、被験者ともに同意します。

代診費用補償プランの被保険者記名・捺印欄

101性別	1男 2女	102年 齢	103年 月 日 歳	104フリガナ 氏 名	印
105性別	1男 2女	106年 月 日 歳	107年 月 日 歳	108フリガナ 氏 名	

★他の保険契約等がありますか。
「はい」の方では他の保険契約について、会社名・保険種類・保険金額等を記入してください。

※「他の保険契約等」とは、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、または共済制度をいいます。

＜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や、保険金をお支払いできないことがありますが、ご記入ください。

裏面の告知書もご記入ください。

加入依頼内容	加入型	加入口数	型別	型別分割保険料	合計分割保険料
991	型	996	口	円 千	円 千
992	型	997	口		

認印を押しだす

代診費用補償プランご加入口数

0/

希望口数

〈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)		
2 女	(昭 S)	(平 H)	日 月 年	自署	
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(正確性、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、申込人(加入者)、告知者、被保険者などに同意します。

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)	(昭 S)	(平 H)	日 月 年		
2 女	(昭 S)	(平 H)	日 月 年	自署		
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、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〕 〔あり〕 〔保険種類〕 〔保険金額(基本)〕 〔(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、ご契約が解除することや、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〕
- パンフ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口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、お引受けの可否や、補償の条件(一部の疾病群を補償の対象とする条件の要否)が決まります。
 - 正しく告知していただくことと、ご契約が解除にならないで、保険金のお支払いができなか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。

代診費用補償プランご加入口数

	□
--	---

加入型	加入口数	型別分割保険料	合計分割保険料
991	996	千円	円 068
992	997	千円	円
加入依頼内容	型別	型別	型別

- ・必要事項を黒のボールペンを使用して、指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>(1)から(5)まで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。
- (注)<1>(5)については、女性の方のみ記入ください。
- ② <1>(4)で「はい」の方は<2>をど確認のうえ、○をしてください。
- ③ <2>で「疾病・症状一覧表」のII欄に○がある方は<3>をご確認ください。
- ④ <1>から<3>までをど確認のうえ、<4>に告知日を記入し、ご署名ください。

損害保険ジャパン株式会社 宛

団体所得補償保険「健康状態に関する告知書」

19

の告知書

は加入依頼書の一部となります。団体所得補

人

	① 回答	② 回答
(1) 島田日直は、お世事に就いていない、またお世に出入り（動物所長）を得ていないか。 （『実業家』の島田日直の「場合」）島田日直は、主として文壇において文筆・活動および有名人の交遊を行っていない状態ですか。	「はい」	「はい」
(2) 島田日直は、入道に就かず、 または島田日直に「入道」に入道し、 ※原則として「お世に出入り」に就いていない場合を含みます。	「はい」	「はい」
(3) 島田日直が活動した2年以内に、下記の「症状」の発病、症状が一貫し、1週に2回の発病、症状、治療または回復を要したことがあるか。 ※原則としてこれらの「症状」の発病、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を含みます。	「はい」	「はい」
(4) 島田日直が活動した2年以内に、下記の「症状」の発病、症状が一貫し、1日に2回の発病、症状、治療または回復を要したことがあるか。 ※原則としてこれらの「症状」の発病、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を含みます。	「はい」	「はい」
(5) 女性の方向か②回答でないか。 島田日直は、女中幹手ですか。	「はい」	「はい」

＜2＞＜1＞の（4）で「はい」の方は下記「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、右欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○を記入ください。

＜3＞＜2＞でⅡ欄に○がある方は以下の特別な条件が付きま。

[illegible]

1000

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、この特許出願に記載された個人情報や、保険契約の履行、等を行うこと（以下、「**当該事業**」）に利用します。また、この「**当該事業**」が重要と判断した場合、取得した個人情報を提供を行います。**引出し**の損保ジャパンは、当該事業のために、業務提携先（保険代理店を含みます）保険引付、医療機関、保険会社の請求、引出しに関する関係先等に提供を行います。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、この請求は国外にある事業者を含みます。

損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険会社等の受領のために、国内外の再保険会社等に（再保険会社等）事業者を含みます。

なお、保健医療関係のセンサ情報（人種、偏食、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事等の重要個人情報を含む）の利用目的は、法令等に準い、業務の適正化に資する詳細（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の公式ウェブサイト「**損保ジャパンの個人情報取扱に関する詳細**」をご覧ください。

お問い合わせ先 www.sompo-japan.co.jp/ をご覧ください。

告知書記入例

$$1 \times (3) \cdot (4) \text{ について}$$

(注1)「医師の診察、検査、検査、治療または投薬」には、入院(※1)・手術(※2)・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(※3)と診断されることを含みます。

(※1) 検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。

(※2)「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、**Ⅲ管・ハスゲッドカテーターによる脳・喉頭・胸・腹**
部腫瘍摘出術、**放射線照射療法**、**化学療法**、**手術療法**

(※) 胃腸病、新生物、低分化腺癌、肉腫

(※3) 急性白血病をいい、工及内臓主物」、肉腫)、白血病)、

健康診断・がん検診・人間ドックの帝王切開手術。主

(江ノ上) 庭歌吟所から快吟(す。)を受けていた場合

①「健康診断等」で異常（要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療を含みます。）を指摘されている場合は、医師の診察を受け、そのうち、具体的な疾病、症状を告知してください。

②再検査・精密検査の結果異常がなかった場合については、本質問事項を「いいえ」とご回答ください。

 $2 \vee C \equiv (7) < 1$

・「はい」の方は、〈2〉の「疾病・症状一覧表」II欄に該当する疾病・症状すべてに○をしてください。なお、I欄に該当がある方はご加入いただけません。

告知日（ご記入日）を必ずご記入ください。

損保花子

被保険者 増保 子

告知していただいた内容の確認のため、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、横保ジャパンまでご連絡ください。

名前をください。

〈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 3 年 9 月 16 日
保険期間 令和 年 月 1 日～
令和 4 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	102年 齢	103生年月日	フリガナ	氏名	094	印	
1 男	58	昭和 38 年 9 月 20 日	ヒロシマ シマ	イチロウ	氏名	印	
2 女			広島	一郎	日印	印	
091		フリガナ		ヒロシマ シマ		ヒロシマ シマ	
住 所		〒 732-0057		広島市 東区二葉の里3-2-4		印	

告知事項は私が記入したのであり、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扱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を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	102年 齢	103生年月日	フリガナ	氏名	094	印	
1 男	48	昭和 48 年 6 月 5 日	フジミ	ハナコ	氏名	印	
2 女			富士見	花子	日印	印	
091		フリガナ		ヒロシマ シマ		ヒロシマ シマ	
住 所		〒 730-0712		広島市中区紙屋町 1-2-27		印	

★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、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	保険金額 (基本)	保険種類 (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、ご契約が解除することや、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)
- このシートは、この内容をご覧になり本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人数をお決めください。
 - 告知しない内容にしたがって、お支払いの可否や、補償の条件(一部の疾病群)が適用されない場合があります。
 - 補償の対象となる条件は従業員の方一人ひとり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の場合、この契約が解除になったり、保険金のお支払いができません。あらかじめご了承ください。
 - 告知書は、記入欄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「記入(告知)」してください。

従業員給与補償プランご加入人数

2

認印を押印
ください

希望口数

加入型	加入口数	型別	別別分制保険料	合計分制保険料
991	996	型	千円 円 068	千円 円
992	997	型		

〈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 4 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	(印)	
1 男	(大 T)	(昭 S)	(平 H)		
2 女	歳	年 月 日	自署		
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、告知書に記載の告知書の個人情報の取扱いに関する事項(差控、損保ジャパンが定める範囲)において個人情報(加入者)告知者、被保険者)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)			
2 女	歳	年 月 日	自署			
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、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〕 〔あり〕 〔保険種類〕 〔保険金額(基本)〕 〔(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、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)
- 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。
 - 告知書に記入した内容に間違いがないようお引受けの可否や、補償の条件(一部の疾病群を補償の対象外とする条件)が決定します。
 - 従業員給与補償プランの場合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がありますが、ご契約が解除になったり、保険金のお支払いがで
きなかつ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「ありのままに」正確に「もれなく」ご記入(告知)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	千円	円 068
992	997	千円	円
加入依頼内容			

団体所得補償保険「健康状態に関する告知書」

19.10

証券番号 91

*この告知書は加入依頼書の一部となります。団体所得補償保険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。

＜1＞以下の質問事項にご回答ください。「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。質問事項へのご回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。

質問事項		ご回答	ご確認・ご記入いただく事項
(1)	告知日現在、お仕事に就かれていない、またはお仕事による収入（勤労所得）を得ていない状態ですか。 （家事従事者特約セットの場合）告知日現在、主として家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている状態ですか。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	「はい」の方はご加入いただけます。
(2)	告知日現在、入院中ですか。 または告知日以降に入院もしくは手術などの予定がありますか。 ※医師からすすめられている場合と相談している場合を含みます。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	「はい」の方はご加入いただけません。
(3)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりこれらの疾病・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。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	「はい」の方はご加入いただけません。
(4)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりこれらの疾病・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。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	「はい」の方は下記＜2＞の「疾病・症状一覧表」II欄の該当する疾病・症状すべてに○をしてください。
(5)	女性の方のみご回答ください。 告知日現在、妊娠中ですか。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	「はい」の方はご加入いただけます。

＜2＞＜1＞の（4）で「はい」の方は下記「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、II欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○をご記入ください。

疾病・症状一覧表		
疾病群	I 欄 (I 欄に該当がある方はご加入いただけます。)	II 欄 (II 欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます。)
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（潰瘍炎） 胃・腸のポリポー（腸閉塞）（大腸炎）
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）
C 群 腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 ネフロローゼ 腎不全 副腎しゃよう	腎盂炎 急性腎炎（腎臓・膀胱・尿道の結石）
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（肺胸）（ぜんそく）（気管支拡張症）（肺炎） 肺塞栓（自然気胸）
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。） 心臓血管 動脈硬化症 動脈瘤	高血圧症（動脈瘤）
F 群 腰・脊椎の疾病	骨のしゃよう性疾患	腰痛症（変形性脊椎椎症）（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）
H 群 眼の疾病		白内障（緑内障）（網膜炎）（網膜症）
I 群 ご婦人の疾病		子宮筋腫（子宮内腫瘍）（卵巣のう腫） 乳腺症（乳腺線維腫瘍を含みます。）（不正出血）
Z 群 その他	糖尿病 紫斑病 結核性疾患（カリエスなど） 脳しゃよう 悪性しゃよう（各種がん・上皮内新生物・肉腫） 白血病 悪性リンパ腫 アルツハイマー病 ペーチャエット病 こうげん病（全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など） リウマチ熱 精神および行動の障害（統合失調症・気分（感情）障害（躁うつ病、うつ病など）・恐怖性（パニック）障害・心的外傷後ストレス障害（PTSD）・アルコール依存など）	

告知される方（被保険者）が認識している疾病・症状名が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状と一致しなくても、医学的にその疾病・症状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、「疾病・症状一覧表」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。

＜重要＞
2. 1. ★の項目は告知事項です。記入内容が事実と異なる場合は、ご契約を継続することや保険金をお支払いできないことがある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や条件付きでご加入いただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

＜3＞＜2＞でII欄に○がある方は以下の特別な条件が付きます。

※該当する疾病群がある場合は、以下の特約がセットされます。補償対象外とする疾病等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。

補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる特約
○がある疾病群に属するすべての疾病 ※例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左表記載の疾病に属するA群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。	特定疾病等 対象外特約

継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。

＜4＞＜1＞から＜3＞までの内容を再度ご確認ください。

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、ご契約の解除となります。特約金の支払いを受けられなくなることもあります。また、健康状態に関する告知にあたってご注意いただく事項として、告知書に「損保ジャパン」が必要記載欄において個人情報を取得・利用・提供することに、（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、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（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、通知いたします。上記に相違していた場合は、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ることもあります。また、健康状態に関する告知にあたってご注意いただく事項として、告知書に「損保ジャパン」が必要記載欄において個人情報を取得・利用・提供することに、（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
被保険者ご本人がご署名ください。

・告知していただいた内容の確認のため、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。

告知書記入例

- ・必要事項を裏のボールペンを使用して、指書で記入ください。
- ・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、修正液や重ね書きはできません。

① <1>(1)から(5)まで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。

② <1>(4)で「はい」の方は、女性の方のみ記入ください。

③ <2>で「疾病・症状一覧表」のII欄に○がある方は③を、ご確認ください。

④ <1>から③までをご確認のうえ、④に告知日をご記入、ご署名ください。

損保ジャパンに株式会社 宛

団体所得補償保険「健康状態に関する告知書」

19/10

登録番号 91

＜1＞以下の質問事項にご回答ください。はいの方は左印に使い、説明をご確認ください。質問事項へのご回答すべていいはい、あるいは、特別な条件を付せずにご記入いただけます。

質問事項	ご回答
(1) 告知日前、お仕事に就かれていない、またはお仕事による収入（勤労所得）を得ていない状態ですか。 ※告知日前、お仕事を休む（休職）し、告知日前に収入がなかった場合は、告知日前に収入がなかったと回答してください。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
(2) 告知日前、お仕事を休む（休職）し、告知日前に収入がなかった場合は、告知日前に収入がなかったと回答してください。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
(3) 告知日前、お仕事を休む（休職）し、告知日前に収入がなかった場合は、告知日前に収入がなかったと回答してください。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
(4) 告知日前、お仕事を休む（休職）し、告知日前に収入がなかった場合は、告知日前に収入がなかったと回答してください。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
(5) 告知日前、お仕事を休む（休職）し、告知日前に収入がなかった場合は、告知日前に収入がなかったと回答してください。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

＜2＞①の(4)ではない方は②で「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、II欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○を記入ください。

疾病・症状一覧表	I 欄	II 欄
A 胃・腸の疾病	消化器系疾患（胃・腸の病気）	胃・腸の病気（胃・腸の病気）
B 肝臓・胆のう	肝臓・胆のうの病気	肝臓・胆のうの病気（肝臓・胆のうの病気）
C 肺の疾病	呼吸器系疾患（肺の病気）	肺の病気（肺の病気）
D 心臓・血管の疾病	循環器系疾患（心臓・血管の病気）	心臓・血管の病気（心臓・血管の病気）
E 腎臓・泌尿器の疾病	泌尿器系疾患（腎臓・泌尿器の病気）	腎臓・泌尿器の病気（腎臓・泌尿器の病気）
F 骨・関節の疾病	運動器系疾患（骨・関節の病気）	骨・関節の病気（骨・関節の病気）
G 眼の疾病	眼の病気（眼の病気）	眼の病気（眼の病気）
H 耳の疾病	耳の病気（耳の病気）	耳の病気（耳の病気）
I 歯の疾病	歯の病気（歯の病気）	歯の病気（歯の病気）
J その他	その他の病気（その他の病気）	その他の病気（その他の病気）

＜3＞②でII欄に○がある方は以下の特別な条件が付きます。

特別な条件	該当する疾病・症状	備考
①「健康診断等」で異常（要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療）を含まず、②を指摘されている場合は、医師の診察を受け、③の再検査・精密検査の結果異常がなかった場合は、本質的事項を「いいえ」とご回答ください。	①「健康診断等」で異常（要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療）を含まず、②を指摘されている場合は、医師の診察を受け、③の再検査・精密検査の結果異常がなかった場合は、本質的事項を「いいえ」とご回答ください。	

＜4＞①から③までの内容をご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

告知日	令和 年 月 日
告知者	損保 花子
被保険者	本人署名

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、本契約の履行、等を行うこと（以下、「当業務」といいます。）に利用します。また、当業務に必要とする範囲で、取得・利用・提供を行います。①損保ジャパンが、当業務のために、業務委託先（保険代理店、医師、医療機関、保険会社の請求・支払いに関する関係者、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、これらの者は外国にある事業者等を含みます。）から、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。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。③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。④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。⑤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。⑥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。⑦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。⑧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。⑨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。⑩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。⑪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。⑫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。⑬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。⑭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。⑮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。⑯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。⑰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。⑱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。⑲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。⑳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。㉑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。㉒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。㉓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。㉔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。㉕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。㉖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。㉗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。㉘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。㉙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。㉚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。㉛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。㉜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。㉝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。㉞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。㉟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。㊱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。㊲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。㊳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。㊴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。㊵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。㊶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。㊷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。㊸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。㊹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。㊺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。㊻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。㊼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。㊽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。㊾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。㊿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。

〈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)

團體所得補償保險加入依賴書・被保險者告知書

公益社団法人日本歯科医師会 御中

平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ウェブサイトで

(<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3年9月16日

令和 年 月 1 日～

令和4年10月1日

11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533

申込人(休業補償プラン)記名・捺印欄

所屬郡市会名	014区役機関指定番号(基金番号)	会員名(傳込者給与を受けている方がご加入される場合)
	01300001	
102年 齢	103生年月日 大(T) 昭(S) 平(H)	094 フリガナ 氏 名 日 野
性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	58歳	ヒロシマ イチロウ 広島 一郎
		(鷹)
091 フリガナ	ヒロシマシ ヒガシクワバ / サト	
住 宅	〒732-0057	広島市東区二葉の里3-2-4

告知事項は私たちが記入したのであり、契約が解除となった場合、保証金の支払いを受けられなくなりました。別議を申し立てません。また、告知期間の「告知事項の開示期限」において個人情報取得・利用・提供すること（申込）（加えて）告知者、被験者ともに同意します。

奥七ま入院安心プランの被保険者(奥七ま)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 大 人 (T) 小 人 (H) 41 年 5 月 5 日	104フリガナ 氏 名 日 署 ヒロシマ 広島 ハナコ 花子	01 フリガナ 住 所 ヒロシマヒガシク 79バノサト 広島市東区二葉の里3-2-4	職 業 主婦
-------------------	----------------	--	---	--	-----------

★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、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。

＜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。

【ご注意】

- ①所得補償・保険金の項目についてご記入ください。
②所得補償・保険金として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。
③所得補償・保険金の項目に「死亡」以外の内容がある場合は、その旨を「備考」欄に記載してください。
④所得補償・保険金の項目に「死亡」以外の内容がある場合は、その旨を「備考」欄に記載してください。
- ⑤所得補償・保険金の項目に「死亡」以外の内容がある場合は、その旨を「備考」欄に記載してください。
- ⑥所得補償・保険金の項目に「死亡」以外の内容がある場合は、その旨を「備考」欄に記載してください。

希望回数

奥さま入院安心プランで加入回数

5

認印を押印
ください

加入型	加入口数	型別分別保険料		合計分別保険料	
		円	千円	円	千円
9901	型	9906	口		
9902	型	9907	口		

〈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)	年 月 日	自署		
2 女	(昭 S)	年 月 日	自署		
	(平 H)	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(正確な個人情報提供を確保・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	102年 齢	103生年月日	094フリガナ氏 名		(印)
1 男	(大 T)	年 月 日	自署		
2 女	(昭 S)	年 月 日	自署		
	(平 H)	歳			
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、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	保険金額 (基本)	保険種類	保険金額 (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。

No. _____

- 〔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口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、お引受けの可否や、補償の条件(一部の疾病群を補償の対象外とする条件の要否)が決まります。
 - 正しく告知していただくこととありますが、ご契約が解除になったり、保険金のお支払いがで
きなかつたりすることもありますので、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「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入(告知)ください。

奥さま入院安心プランご加入口数

	□
--	---

加入型	加入口数	型別分割保険料	合計分割保険料
991	596	千円	円 068
992	型別	□	
997	型別	□	

団体所得補償保険「健康状態に関する告知書」

19.10

証券番号 91

*この告知書は加入依頼書の一部となります。団体所得補償保険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。

【1★】以下の質問事項にご回答ください。「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。質問事項へのご回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。

質問事項		ご回答	ご確認・ご記入いただく事項
(1)	告知日現在、お仕事に就かれていない、またはお仕事による収入（勤労所得）を得ていない状態ですか。 （家事従事者特約セットの場合）告知日現在、主として家庭において炊事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っている状態ですか。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	「はい」の方はご加入いただけます。
(2)	告知日現在、入院中ですか。 または告知日以降に入院もしくは手術など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。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	「はい」の方はご加入いただけません。
(3)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりこれらの疾病・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。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	「はい」の方はご加入いただけません。
(4)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりこれらの疾病・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。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	「はい」の方は下記<2>の「疾病・症状一覧表」II欄の該当する疾病・症状すべてに○をしてください。
(5)	女性の方のみご回答ください。 告知日現在、妊娠中ですか。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	「はい」の方はご加入いただけます。

【2★】<1>の(4)で「はい」の方は下記「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、II欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○をご記入ください。

疾病・症状一覧表

疾病群	I 欄 (I 欄に該当がある方はご加入いただけます。)	II 欄 (II 欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます。)
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（膵臓炎・胃・腸のポリープ）（腸閉塞）（大腸炎）
B 群 肝臓・胆のう・すい臓の疾病	肝硬変 慢性肝炎 肝肥大 胆汁炎	急性肝炎 肝のうよう（胆石）胆のう炎
C 群 腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 ネフロローゼ 腎不全 副腎しゅよう	腎盂炎 急性腎炎 腎臓・膀胱・尿道の結石
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））	肺臓炎（肺胸）（ぜんそく）（気管支拡張症）（肺炎）
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 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。） 心臓血管 動脈硬化症 動脈瘤	肺塞栓症 自然気胸 高血圧症 静脈瘤
F 群 腰・脊椎の疾病	骨のしゅよう性疾患	腰痛症 変形性脊椎椎症（ギックリ腰）
H 群 眼の疾病		権間板ヘルニア（斜視しゅよう症）（後発斜視）（白内障） 緑内障 網膜炎（網膜症）
I 群 ご婦人の疾病		子宮筋腫（子宮内腫瘍）（卵巣のう腫） 乳腺症（乳腺線維腫瘍を含みます。）（不正出血）
Z 群 その他	糖尿病 紫斑病 結核性疾患（カリエスなど） 脳しゅよう 悪性しゅよう（各種がん・上皮内新生物・肉腫） 白血病 悪性リンパ腫 アルツハイマー病 ベーチエット病 こうげん病（全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など） リウマチ熱 精神および行動の障害（統合失調症・気分（感情）障害（躁うつ病、うつ病など）・恐怖性（パニック）障害・心的外傷後ストレス障害（PTSD）・アルコール依存など）	

告知される方（被保険者）が認識している疾病・症状名が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状と一致しなくても、医学的にその疾病・症状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、「疾病・症状一覧表」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。

<重要>
2. 1★の項目は告知事項です。記入内容が事実と異なる場合は、ご契約を継続することや保険金をお支払いできないことがある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。条件付きでご加入いただいた場合もありますので、あらかじめご了承ください。

【3】<2>でII欄に○がある方は以下の特別な条件が付きます。

※該当する疾病群がある場合は、以下の特約がセットされます。補償対象外とする疾病等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。

補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる特約
○がある疾病群に属するすべての疾病 ※例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左表記載の疾病に属するA群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。	特定疾病等 対象外特約

継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。

【4】<1>から<3>まで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ます。特約金の支払いを受けられなくなるなどたりしても損害を申し立てません。また、健康状態に関する告知にあたってご注意いただいた事項を踏まえ、告知書に「損保ジャパン」が必要記載事項において個人情報を取得・利用・提供することに、（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>
家事従事者等が行っている家事（炊事・掃除・洗濯および育児等の家事）を行っている（家事従事者等）であることに相違ありません。家事従事者等がなくなった場合は、ただちに通知いたします。上記に相違していた場合は、ご契約が解除となります。特約金の支払いを受けられなくなるなどたりしても損害を申し立てません。

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。

・告知していただいた内容の確認のため、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。

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 3 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
⑩	〒 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

19 粗粉証

この回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。

＜2＞（4）で「はい」の方は下記「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、II欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○をご記入ください。

4

〈1〉から〈3〉までの内容を再度ご確認ください。
告知日をご記入、署名ください。

- ・告知していただいた内容の確認のため、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。

告知される方(被保険者)が認識している疾病、症状名が「疾病、症状一覧表」にある疾病、症状名と一致しなくても、医学的にその疾病、症状名と同一と判断される場合には告知が必要です。医療歴があり、「疾病・症状一覧表」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。

〈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/)に掲載の個人情報取扱いに同意します。

(ご注意)

- ハシ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。
- 告知していただいていた内容に事実と異なるお引受けの可否や、補償の条件(一部の疾病群を補償の対象外とする条件の可否)が決まります。
- 正しく告知していただくことで、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 3 年 9 月 16 日
保険期間 令和 4 年 1 月 1 日 ~ 令和 4 年 10 月 1 日

申込人(被保険者)

所属都市会	〒 7 3 2 - 0 0 5 7 ご連絡先 ☎ ()				
住 所	フリガナ ヒロシマシヒガシク 79バノサト 広島市 東区二葉の里 3-2-4				
氏 名	フリガナ ヒロシマ イチロウ 広島 一郎				
性別	① 男	② 女	生年月日	② 大 ③ 昭 38 年 9 月 2 0 日	58 歳

★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)を問います。を添付してください。
※「他の保険契約等」とは、所得補償保険、独立所得補償保険、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。

＜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、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、ご了承ください。

裏面の告知書もご記入ください。

加入口数

希望口数

10 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

月々

円

〈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。

(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、お引受けの可否や、補償の条件(一部の疾病
群を補償の対象外とする条件の可否)が決まります。
●正しく告知していただくきませんと、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「正しく」記入(告知)ください。

申込人(被保険者)

所属郡市会									
〒 <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									
フリガナ									
性別	① 男	② 女	生年月日	② 大	③ 昭	年	月	日	歳
印									

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。
※「他の保険契約等」とは、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。

会社名	保険金額 (基本)	保険金額 (傷害)
はい		
保険種類		(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ので、ご了承ください。

裏面の告知書もご記入ください。

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 3 年 9 月 16 日

（公益社団法人日本歯科医師会）御中
（一般社団法人広島県歯科医師会）

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
<div style="font-size: 2em; font-family: cursive;">広島 一郎</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;">  </div>	〒 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
⑩	〒 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

＜1＞★
以下の質問事項にご回答ください。「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。質

のご回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。

致

1. ★登録項目は「品名・数量」です。記入内容が事実と相違した場合は、訂正を解除するよう、削除変更を繰り返していただいておりますので正確にご記入ください。
2. 品名の区分によらず、ご加入をお断りする場合や、条件付きでご加入いただく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。

質問事項		ご回答
(1)	告知日現在、お仕事に就かれていない、またはお仕事による収入（勤務所得）を得ていない状態ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(2)	告知日現在、入院中ですか。 または告知日以降に入院もしくは手術等の予定がありますか。 ※医師からすら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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(3)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」I 欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりこれらの疾病・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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(4)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」II 欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりこれらの疾病・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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(5)	女性の方のみご回答ください。 告知日現在、妊娠中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ご確認・ご記入いただく事項
「はい」の方はご記入いただけます。
「はい」の方はご記入いただけます。
「はい」の方はご記入いただけます。
「はい」の方は下記く2>の「疾病・症状一覧表」II欄の該当する疾病・症状すべてに○をしてください。
「はい」の方はご記入いただけます。

＜2＞★＜1＞の（4）で「はい」の方は下記「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、II欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○を記入ください。

＜3＞でⅡ欄に○がある方は以下の特別な条件が付きます。

※該当する疾病群がある場合は、以下の特別な条件が付きまます。補償対象外とする疾病等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。

疾病群		欄	I 欄	II 欄
			(I 欄に該当がある方はご記入いただけます。)	(II 欄に○がある方は条件付きでご記入いただけます。)
A 群	胃・腸の疾病 すい臓の疾病		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】（慢性炎） 【胃・腸のポリープ】（腸閉塞）（大腸炎）
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】（肝のつよさ）（胆石）（胆のう炎）
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	【腎臓】（急性腎炎）（腎臓・膀胱・尿路の結石）
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））	【肺線維症】（肺腫）（ぜんそく）（気管支拡張症）（肺炎） 【肺気腫】（自然気腫）
E 群	心血管・循環器関係の疾病		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）
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）（骨のくすり） 【椎間板ヘルニア】（椎間しゅよう症）（後縦韌帯断裂）
H 群	眼の疾病			【白内障】（緑内障）（網膜炎）（網膜症）（網膜症）
I 群	ご婦人の疾病			【子宮筋腫】（子宮内腺腫）（卵巣のう腫） 【乳腺症】（乳腺線維腫を言います。）（不正出血）
Z 群	その他		糖尿病 紫斑病 結核性疾患（カリエスなど） 脳しゅよう 悪性しゅよう（各種がん・上皮内新生物・肉腫） 白血病 悪性リンパ腫 アルツハイマー病 ペーチェット病 こうげん病（全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など） リウマチ熱 精神および行動の障害（統合失調症・気分（感情）障害（躁うつ病、うつ病など）、恐慌性（パニック）障害・心的外傷後ストレス障害（PTSD）・アルコール依存など）	

補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる条件
<p>○ある疾病群に属するすべての疾病 ＊例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左表記載の疾病に属する胃、腸の疾病はすべて補償対象外となります。</p>	<p>全保険期間 継続契約においても原則として同様です。</p>	<p>特定疾病等 対象外の条件</p>

継続してご加入される方は、上記のほかに、加入依頼書中の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等にもなります。全保険期間を補償対象外とします。

＜４＞
 ①から③まで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。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、「健康告知」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
被保険者ご本人が 本人署名 _____ 被保険者ご本人が ご署名ください。				



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