

所得補償

[団体総合生活保険]

でも大丈夫！

「仕事休まなきゃ…」

突発的なケガや病気

所得補償なら

休んだ 1日目

から
補償

病気やケガで働けなくなり、就業不能となった場合に、最長1年保険金をお支払いします^(※1)。

あんしん POINT

1

1日目からしっかり補償!

病気やケガで働けなくなり、就業不能となった場合に、保険金は1日目からお支払いします。

2

精神障害による就業不能を補償します。

躁病・うつ病、統合失調症、神経衰弱、アルツハイマー病の認知症等の所定の精神障害が補償対象になります^(※2) <精神障害補償特約(ハ)(所得補償用)セット>

3

業務上・業務外を問いません

業務上はもちろん、レジャーや海外旅行中の病気やケガで働けなくなった場合でも、保険金をお支払いします。

4

入院はもちろん自宅療養もカバー

治療のために入院していること、または入院以外で医師等の治療を受けていることにより、全く働けない場合^(※1)に保険金をお支払いします。

5

「地震・噴火・津波による病気やケガによる就業不能」も補償します

<天災危険補償特約(所得補償用)セット>

動画もご用意しています。

こちらからご覧ください。



※資料請求をご希望の方は裏面の二次元コードからお申込みください。

(※1) 骨髄移植を目的とする骨髄採取手術により入院し働けなくなった場合についても、保険金をお支払いします。
(※2) アルコール・薬物使用による精神および行動の障害等一部の精神障害は対象になりません。

「就業不能」とは

ケガや病気の治療のための入院、または入院以外で医師等の治療を受けていること(就業不能の原因が骨髄採取手術の場合は、骨髄採取手術を直接の目的として入院していること)により、加入依頼書等記載の職業・職務に終日従事できない状態をいいます。
ただし、病気やケガで死亡した後、あるいは病気またはケガが治癒した後は、いかなる場合でも就業不能とはいいません。

保険金額・保険料表

てん補期間^(※1) 1年 免責期間^(※2) 0日 月額保険金額 1口10万円(上限口数30口まで)^(※3)

引受対象年齢 満69歳以下(保険の対象となる方(被保険者)ご本人は会員本人に限ります。)

(※1)保険金をお支払いする1事故あたりの限度期間 (※2)保険金をお支払いしない期間をいいます。

(※3) **口数の決定方法**：「平均月間所得額^(※4)」以下でかつ上記記載の上限口数の範囲内で設定してください。

(※4)直前12か月における保険の対象となる方ご本人の所得^(※5)の平均月額をいいます。

(※5)「加入依頼書等に記載の職業・職務によって得られる給与所得・事業所得・雑所得の総収入金額」から「就業不能の発生にかかわらず得られる収入」および「就業不能により支出を免れる金額」を控除したものをいいます。

タイプ / 1口あたりの保険料(月払)										
加入年齢	20~24歳	1,070円	30~34歳	1,340円	40~44歳	1,900円	50~54歳	2,650円	60~64歳	2,990円
	25~29歳	1,180円	35~39歳	1,600円	45~49歳	2,270円	55~59歳	2,830円	65~69歳	4,540円

保険料計算例

Aさん 38歳 3口

年齢別の保険料	×	ご加入口数	=	ご加入の保険料
1,600円		3口		4,800円

※保険料は保険の対象となる方ご本人の職種や年齢(団体契約の始期日時時点の年齢をいいます。)によって異なります。

※記載の保険料は基本級別1級(医師等の職種の方)の方を対象にしたものです。こちら以外のご職業については、取扱代理店にご照会ください。

※同様の他の保険制度に加入していても保険金額が合算して平均月間所得額の範囲内であれば、本保険にご加入いただけます。

※団体契約の始期日時時点(2025年3月1日現在)での満年齢で5歳さざみの保険料が決まられ、年齢群が上がった場合は、更新時に自動的に変更となります。

お受取例

Aさん(男性38歳)、妻、子供2人(10歳、7歳)の場合 | タイプ：3口 | 月払保険料4,800円

たとえばこんな時!! **心筋梗塞で入院し、就業不能に!**

普段通りに出勤した勤務先で、心筋梗塞を発病し、そのまま入院。2回の手術。入院も120日と長期にわたった。退院後も自宅療養を余儀なくされ、11か月にわたり、就業不能状態になってしまった。その間、減少した収入は、この保険の補償で支えられました。

※1か月未満の就業不能期間については1か月を30日として日割計算で保険金をお支払いします。

月額保険金 30万円 | 保険金総額 30万円×11か月=330万円

※上記は、東京海上日動が作成した架空の事故例であり、過去に実際に発生したものではありません。

保険期間 2025年3月1日午後4時~2026年3月1日午後4時の1年間

中途加入も受付中 毎月20日までにお申しいただいた場合、お申込の翌月1日から補償開始

Q&A よくある質問

- 1 病気治療で医師から就業不能の判定を受けたが、有給休暇を取得する。有給期間中(土・日含む)も対象となるのか?**
就業不能の認定期間中は、給与の支払有無は問わず、支払い対象となります。このため、有給取得中(土日含む)も対象となります。
- 2 傷病手当金が支給される場合も対象となるのか?**
傷病手当金が支給される場合でも、減額されることなく支払い対象となります。
- 3 アルバイト先の他の病院等からの給与は所得に含められるのか?**
含めることができます。

のご案内は、団体総合生活保険の概要についてご紹介したものです。ご加入にあたっては、必ず「重要事項説明書」をよくお読みください。詳細は団体契約者にお渡ししています「普通保険約款および特約」によりますが、保険約款等の内容の確認を希望される方は団体までご請求ください。なお、ご不明な点等がある場合には、取扱代理店または引受保険会社までお問い合わせください。

資料請求は
こちらから



【取扱代理店】

有限会社 櫻醫社

〒173-0032 東京都板橋区大谷口上町36-11 辻ビル102号

TEL: 03-3972-0034 (平日9:00~17:00)

FAX: 03-3972-2120

E-mail: ouisha@cameo.plala.or.jp

【引受保険会社】

東京海上日動火災保険株式会社

医療・福祉法人部

〒102-8014 東京都千代田区三番町6-4

TEL: 03-3515-4143 (平日9:00~17:00)

日本大学医学部同窓会 団体保険制度 加入依頼書兼変更依頼書

ご加入時の同意内容について：
私と被保険者^(*)全員は右記の事項について確認・同意の上、加入を依頼します。

①私が契約者である企業または団体の構成員であること
②重要事項説明書の内容
③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
④加入依頼書の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容

(*) 保険の対象となる方をいいます。

ご記入日	令和 年 月 日	加入者番号 (加入内容変更の場合)				
ご住所	〒	★生年月日	S・H	年 月 日	性別	男・女
	カナ					
氏名 <small>加入者(保険の対象となる方(被保険者))</small>	カナ	私は「ご加入時の同意内容について」を確認し、契約者である団体に対して加入を依頼します。 ※個人の場合はフルネームで自署をお願いします			勤務先	
	漢字					
携帯TEL				e-mail		
★職業・職務*	職業	基本級別	級	*職業・職務欄 医師の方は、「職業:医師、基本級別:1級」と記載願います。	★他の保険契約等	(あり) 下記「 <input type="checkbox"/> 他の保険契約等」欄に詳細をご記入ください
出身大学	<input type="checkbox"/> 日本大学医学部 <input type="checkbox"/> その他()				卒回	回

ご希望のお手続き (いずれかに○)	新規に加入	加入者 保険期間	令和7年__月1日～令和8年3月1日
	加入内容変更	変更日	令和7年__月1日

ご加入口数をご記入いただき、裏面の健康状態告知書をご確認のうえ、ご回答ください。

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合や、これらに事実を記載しない場合は、ご契約を解除することがあります。ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項(通知義務)に内容の変更が生じた場合には、遅滞なくご加入の取扱代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。なお、ご連絡がない場合は、お支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

■ 団体総合生活保険 保険期間：令和7年3月1日～令和8年3月1日

所得補償	Sタイプ	□数	<input type="checkbox"/>	★所得補償	質問1 (なし)・(あり)	質問2 (なし)・(あり)	質問3 全てなし・1つ以上あり
------	------	----	--------------------------	-------	------------------	------------------	--------------------

私は上記告知内容と、ご加入時の同意内容について、確認・同意します。

告知日	令和 年 月 日	被保険者本人(自署)
-----	----------	------------

■ 他の保険契約等

(他の保険契約等とは、ご加入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。)
他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日	保険金額・支払限度額

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、右記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、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されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、国内外の再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
- ⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等(過去の情報を含みます。)をご契約者およびご加入者に対して提供すること詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(<https://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

健康状態告知書

質問1

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

あり

なし

質問2

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

あり

なし

質問3

告知日(ご記入日)より過去2年以内に

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

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

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

※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

がん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成

1つ以上あり

申し訳ございませんが、お引受けできません。

全てなし

お引き受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。

かんたん手続き!

お手続き方法

ご加入ご希望の先生は「加入依頼書兼変更依頼書」にご記入のうえ、**①メール** または **②郵送** でお送りください。

①



メール

ouisha@cameo.plala.or.jp



「加入依頼書兼変更依頼書」をカメラ撮影またはプリンタ等によるスキャンを行ってください。



電子化した画像データとして送付ください。

②



郵送

〒173-0032
東京都板橋区大谷口上町36-11 辻本ビル102号

有限会社 櫻醫社