

2026  
年度

# グループ保険制度

団体定期保険+団体総合生活補償保険 傷害補償(標準型)特約・疾病補償特約(オプション)セット



➤ **Aプラン、Bプランの  
どちらかをご選択ください。**

A プ ラ ン	<b>死亡保障</b> 死亡保障および 所定の高度障がい 状態の保障 (団体定期保険)	<b>日常生活でのケガの補償</b> 日常生活や交通事故等による死亡・後遺障害、入院、手術補償 (団体総合生活補償保険 傷害補償(標準型)特約セット)
	<b>B プ ラ ン</b>	<b>交通事故等によるケガの補償</b> 交通事故等による死亡・後遺障害、入院、手術補償 (団体総合生活補償保険 傷害補償(標準型) 特約・交通事故危険のみ補償特約セット)



➤ **さらに医療補償をセットすることもできます。  
告知が簡素化されましたので加入しやすくなりました!**

オ プ シ ョ ン	<b>医療補償</b> 病気による入院・手術・放射線治療補償 (団体総合生活補償保険 疾病補償特約セット)
	ご加入例：疾病入院保険金日額1万円の補償(10口)
	月払掛金 1,200円(30歳) 1,200円(40歳) 2,300円(50歳)

Aプラン・Bプランとも、事業所一括加入型(掛金負担：事業所)・個人加入型(掛金負担：個人)の2つの方法でお申込みができます。

- ①事業所一括加入型(掛金負担：事業所) ➡ 事業所の保険金決定基準(甲類金規定等)に基づき一括して加入いただくことができます。
- ②個人加入型(掛金負担：個人) ➡ 組合員(事業主)・役員・従業員の方が好きな保障(補償)内容を選択いただくことができます。

## 効力発生日と申込締切日

**効力発生日** 2026年4月1日  
(保険期間開始日)

**申込締切日** 2026年2月20日(金)

別添の「契約概要」と「注意喚起情報」には、それぞれご加入の内容等に関する重要な事項のうち、特に確認いただきたい事項と特に注意いただきたい事項が記載されています。また、「正しく告知いただくために」には、ご加入・増額のお申込みの際に必要な被保険者告知に関する重要な事項が記載されています。お申込みにあたっては、当パンフレットとあわせてご確認ください。なお、ご加入者(被保険者)は、当パンフレット(「契約概要」・「注意喚起情報」等を含みます。)をお読みいただいた後も大切に保管してください。

保険加入に際しましては、ライフプランや公的保険制度等もふまえ、ご自身の抱えるリスクやそれに応じた保障の必要性をご理解いただきご検討ください。



金融庁の公的保険ポータルはこちら

お問合せは……

### [団体お問合せ先]

東京管工機材商業協同組合事務局

TEL: 03-3866-9543

### [団体定期保険についてのご相談窓口等]

ご照会・苦情につきましては、上記の団体窓口までお問合せください。  
(なお、引受保険会社へのご要望・苦情につきましては、以下の日本生命窓口までご連絡ください。)

〈日本生命お問合せ先〉※お問合せの際には、記号証券番号(932-5289)をお知らせください。

日本生命保険相互会社 法人サービスセンター TEL: 0120-563-925

【受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00(祝日・12/31～1/3を除く。)] (通話料無料)

### [団体総合生活補償保険 傷害補償(標準型)特約・疾病補償特約セットについてのお問い合わせ]

株式会社星和ビジネスリンク<取扱代理店> TEL: 0120-288270

【受付時間 10:00～16:00(土・日・祝日・12/31～1/3はお取扱いしておりません。)]

※おかけ間違いにご注意ください。

# Aプラン(死亡保障(補償)+日常生活の傷害補償)

[団体定期保険+団体総合生活補償保険 傷害補償(標準型) 特約セット(オプション・医療補償)]

## Aプランの特徴 ※商品内容につきましては、5ページ~11ページをご確認ください。

### 死亡保障に加えて日常生活のさまざまな傷害による死亡・後遺障害・入院・手術を24時間カバーできます

- ★ 加入しやすい掛金で万が一に備える保障(補償)を確保できます。
- ★ 医師の診査ではなく、健康状態等の告知によるお申込み手続きです。
- ★ 業務上、業務外を問わず24時間保障(補償)されます。
- ★ 日本国内・国外を問わず保障(補償)されます。
- ★ ご希望により、病気入院をカバーできる「医療補償」にご加入いただけます。(損害保険)

#### 【団体定期保険】

- 団体保険としての割引が適用された掛金です。
- 1年ごとに収支計算を行い、剰余金が生じた場合は、配当金をお受取りになれます。個人加入型は、脱退され、保険期間の途中で保障終了となられた方は配当金をお受取りになれません。

#### 【団体総合生活補償保険 傷害補償(標準型) 特約セット】

- 保険金は、健康保険・労災保険等と関係なくお支払いいたします。
- 東京管工機材商業協同組合の団体割引20%が適用されていますので、個人で加入するよりも割安な保険料になっています。

### 更にご希望により 病気による入院・手術・放射線治療を補償する「医療補償」を追加できます!

#### 事故の例

以下の事故によるケガの際、死亡・後遺障害・入院・手術まで保障(補償)します。  
※入院は、ケガにより入院を開始したその日から補償対象となります。

#### 〈死亡保障(補償)〉



#### 〈交通事故等〉

- 駅の改札を入ってから出るまでの間に起こった事故でケガをした
- 乗り物にはねられたり、ひかれたりなど交通事故でケガをした



※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。

#### 〈その他日常生活の事故〉

- 家庭内の事故でケガをした
- スポーツやレジャー中の事故でケガをした



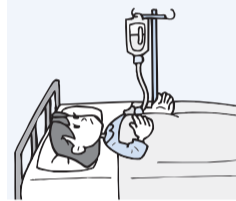
#### オプション 医療補償 (団体総合生活補償保険 疾病補償特約セット)

##### 補償の特長

- 精神障害が疾病補償の補償対象となります。自動セットされる「特定精神障害補償特約」により、被った疾病が薬物依存、アルコール依存等による精神の病気を除いた精神の病気であるときは、保険金お支払いの対象となります。
- 疾病入院を開始したその日から補償対象となります。病気の治療を目的として支払対象期間内の入院を対象とし、1回の入院につき180日間を限度に、疾病入院保険金をお支払いいたします。(日帰り入院もお支払いの対象となります。)
- 手術保険金・放射線治療保険金まで補償いたします。病気の治療を目的として約款所定の手術・放射線治療を受けた場合、入院中か入院中以外により疾病入院保険金日額の10倍または5倍、放射線治療を受けた場合は10倍をお支払いいたします。また、日帰り手術も対象となります。

##### 保険金をお支払いする主な例

- 疾病入院保険金 (1口あたり疾病入院保険金日額1,000円)
- 疾病手術保険金・疾病放射線治療保険金 (入院中か入院中以外により疾病入院保険金日額の10倍または5倍、放射線治療を受けた場合は10倍をお支払いします。)



※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。

#### お申し込み方法

以下2通りのお申し込み方法となります。

- 事業所一括加入型……ご本人さまのみご加入対象です。組合員(事業所)のうち、加入資格を有する方全員に加入いただく組合員(事業所)向けの制度の保障額は組合員(事業所)単位で設定されています。保険金決定基準(弔慰金規定等)に従ってパターンA01~A19の中からご選択のうえ、お申込みください。
- 個人加入型……ご本人さまのご加入の場合、配偶者さま・お子さまもお申込みができます。本人: パターンA01~A19の中からご選択のうえ、お申込みください。配偶者: パターンA16~A19の中からご選択のうえ、お申込みください。子ども: パターンA20~A22の中からご選択のうえ、お申込みください。

#### 加入資格

※加入資格の詳細につきましては5ページをご確認ください。

<本人><配偶者>

- 新規加入・増額は、年齢65歳6カ月以下の方です。
- [注意1] 同一人が事業所一括加入型と個人加入型に加入される場合の団体定期保険(生命保険)の通算保険金額は最高2,000万円です。
- [注意2] 年齢65歳6カ月超75歳6カ月以下の方は継続加入ができます。(増額はできません。)ただし団体定期保険(生命保険)の保険金額は、事業所一括加入型と個人加入型をあわせて上限500万円までとします。

<子ども>

- 年齢2歳6カ月超22歳6カ月以下の方。ただし、加入資格のある子どもが2名以上いる場合は、全員ご加入ください。この場合、保障額は同一となります。

#### 保障額と掛金

次の中からいずれかのパターンをご選択ください。掛金は年齢・性別に関係なく一律です。

区分	パターン	保障(補償)内容と保障(補償)額			月払掛金(概算)		
		団体定期保険 死亡保険金額 (高度障がい保険金額)	団体総合生活補償保険 (団体割引20%・職種別別A) ケガによる傷害 死亡・後遺障害 保険金額	ケガによる傷害 入院保険金日額	合計月払掛金 (概算)	団体定期保険 月払掛金(概算)	団体総合生活 補償保険 月払保険料
本人	A01	2,000万円	1,000万円	8,000円	8,660円	7,400円	1,260円
	A02	1,900万円	1,000万円	8,000円	8,290円	7,030円	1,260円
	A03	1,800万円	1,000万円	8,000円	7,920円	6,660円	1,260円
	A04	1,700万円	1,000万円	7,000円	7,500円	6,290円	1,210円
	A05	1,600万円	1,000万円	7,000円	7,130円	5,920円	1,210円
	A06	1,500万円	1,000万円	7,000円	6,760円	5,550円	1,210円
	A07	1,400万円	1,000万円	7,000円	6,390円	5,180円	1,210円
	A08	1,300万円	1,000万円	7,000円	6,020円	4,810円	1,210円
	A09	1,200万円	1,000万円	6,000円	5,590円	4,440円	1,150円
	A10	1,100万円	1,000万円	6,000円	5,220円	4,070円	1,150円
	A11	1,000万円	1,000万円	5,000円	4,800円	3,700円	1,100円
	A12	900万円	900万円	5,000円	4,350円	3,330円	1,020円
	A13	800万円	800万円	4,000円	3,840円	2,960円	880円
	A14	700万円	700万円	4,000円	3,390円	2,590円	800円
	A15	600万円	600万円	3,000円	2,890円	2,220円	670円
配偶者	A16	500万円	500万円	3,000円	2,430円	1,850円	580円
	A17	400万円	400万円	2,000円	1,920円	1,480円	440円
	A18	300万円	300万円	2,000円	1,460円	1,110円	350円
	A19	250万円	200万円	1,000円	1,145円	925円	220円
子ども	A20	400万円	400万円	2,000円	760円	320円	440円
	A21	300万円	300万円	2,000円	590円	240円	350円
	A22	200万円	200万円	1,000円	380円	160円	220円

※ケガによる傷害手術保険金は、入院中か入院中以外により傷害入院保険金日額の10倍または5倍をお支払いします。  
※傷害入院保険金支払対象期間・支払限度日数180日、免責期間0日

#### 給付例

#### 〈オプション〉

**Aプラン**  
パターンA01

死亡された場合、または所定の高度障がい状態になられた場合

**2,000万円**

ケガで死亡・約款所定の後遺障害が発生した場合

**最高1,000万円**

ケガで入院した場合

入院1日につき

**8,000円**

\*手術を受けた場合は、入院中か入院中以外により傷害入院保険金日額の10倍または5倍の保険金をお支払いします。

**医療補償** (34歳の方がご加入の場合)

10口(疾病入院保険金日額10,000円)

病気で入院した場合

入院1日につき

**10,000円**

\*手術を受けた場合は、入院中か入院中以外により疾病入院保険金日額の10倍または5倍、放射線治療を受けた場合は10倍の保険金をお支払いします。

**月払掛金(概算)**

**9,860円**

A01(8,660円)+医療補償10口(1,200円)

医療補償 団体総合生活補償保険 疾病補償特約セット 1口(疾病入院保険金日額1,000円)あたりの保険料表 ※2  
払込方法: 月払(団体割引20%適用) [支払対象期間1,095日・支払限度日数180日、免責期間0日]  
・特定精神障害補償特約自動セット

加入時年齢 ※1	2歳~4歳	5歳~9歳	10歳~14歳	15歳~19歳	20歳~24歳	25歳~29歳	30歳~34歳	35歳~39歳	40歳~44歳	45歳~49歳	50歳~54歳	55歳~59歳	60歳~64歳	65歳~69歳
掛金(月払保険料)	200円	60円	50円	50円	60円	90円	120円	130円	120円	160円	230円	330円	490円	690円
加入限度口数	10口以内												5口以内	

※1 年齢は2026年4月1日時点の満年齢となります。  
※2 記載の保険料は69歳までの掛金(月払保険料)となります。継続の方で継続日時点70歳を超える場合につきましては表紙に記載のお問い合わせ先までご照会ください。

#### 団体定期保険

- ・(本人・配偶者)の掛金は概算掛金です。正規掛金は申込締切後に算出し、更新日(今回は2026年4月1日)から適用します。事業所一括加入型の方が毎月募集の際に加入(\*)される場合は、掛金が確定している可能性があります。詳細は、組合事務局までご照会ください。掛金は、毎年の更新日に再計算し適用します。
- ・(\*)保障額を増額する場合、増額部分については、「加入」を「増額」と読替えます。
- ・(子ども)の掛金は1人あたりの確定掛金です。
- ・以下の金額が「制度運営費」として掛金に含まれております。死亡保険金額(高度障がい保険金額)100万円あたり10円
- ・記載の掛金は、確定掛金を含め、2025年10月7日(計算基準日)現在のものであり、保険料率等が改定される場合には、変動することがあります。

#### 団体総合生活補償保険 傷害補償(標準型) 特約セット

- ・損保部分保険料は団体割引20%(被保険者(本人)数が1,000名以上5,000名未満)および損害率による割引15%(団体総合生活補償保険(傷害補償のみ))が適用されております。
- ・団体総合生活補償保険(傷害補償)の保険料は被保険者(補償の対象となる方)の職種別によって異なります。左記は職種別Aの場合の保険料です。告知していただいた職業・職務が事実と反する場合、ご契約を解除し、保険金をお支払いできない場合がありますのでご注意ください。職種別Bの方の保険料および下記についてご不明な点は、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。
- 職種別A…下記B以外の職業従事者、主婦・学生・無職者など
- 職種別B…農林業作業員、漁業作業員、採鉱・採石作業員、自動車運転者(助手を含む)、木・竹・草・つる製品製造作業員、建設作業員

# Bプラン(死亡保障+交通事故等の傷害補償)

[団体定期保険+団体総合生活補償保険 傷害補償(標準型) 特約・交通事故危険のみ補償特約セット(オプション・医療補償)]

## Bプランの特徴 ※商品内容につきましては、5ページ~11ページをご確認ください。

### 死亡保障に加えて交通事故等による死亡・後遺障害・入院・手術を24時間保障(補償)します

- ★加入しやすい掛金で万に備える保障(補償)を確保できます。
- ★医師の診査ではなく、健康状態等の告知によるお申込み手続きです。
- ★業務上、業務外を問わず24時間保障(補償)されます。
- ★日本国内・国外を問わず保障(補償)されます。
- ★ご希望により、病気入院をカバーできる「医療補償」にご加入いただけます。(損害保険)

#### 【団体定期保険】

- 団体保険としての割引が適用された掛金です。
- 1年ごとに収支計算を行い、剰余金が生じた場合は、配当金をお受取りになれます。個人加入型は、脱退され、保険期間の途中で保障終了となられた方は配当金をお受取りになれません。

#### 【団体総合生活補償保険 傷害補償(標準型) 特約・交通事故危険のみ補償特約セット】

- 保険金は、健康保険・生命保険・労災保険等と関係なくお支払いいたします。
- 東京管工機材商業協同組合の団体割引20%が適用されていますので、個人で加入するよりも割安な保険料になっています。
- 前年から保険料が変更となっていますので、ご注意ください。

### 更にご希望により 病気による入院・手術・放射線治療を補償する 「医療補償」を追加できます!

#### 事故の例

以下の事故によるケガの際、死亡・後遺障害・入院・手術まで保障(補償)します。  
※入院は、ケガにより入院を開始したその日から補償対象となります。

#### <死亡保障(補償)>



#### <交通事故等>

- 駅の改札を入ってから出るまでの間に起こった事故でケガをした



- 乗り物にはねられたり、ひかれたりなど交通事故でケガをした



※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。

#### オプション 医療補償 (団体総合生活補償保険 疾病補償特約セット)

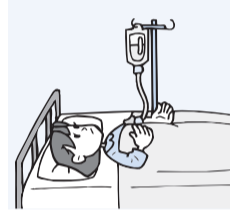
##### 補償の特長

- 精神障害が疾病補償の補償対象となります。自動セットされる「特定精神障害補償特約」により、被った疾病が薬物依存、アルコール依存等による精神の病気を除いた精神の病気であるときは、保険金お支払いの対象となります。
- 疾病入院を開始したその日から補償対象となります。病気の治療を目的として支払対象期間内の入院を対象とし、1回の入院につき180日間を限度に、疾病入院保険金をお支払いいたします。(日帰り入院もお支払いの対象となります。)
- 手術保険金・放射線治療保険金まで補償いたします。病気の治療を目的として約款所定の手術・放射線治療を受けた場合、入院中か入院中以外かにより疾病入院保険金日額の10倍または5倍、放射線治療を受けた場合は10倍をお支払いいたします。また、日帰り手術も対象となります。

##### 保険金をお支払いする主な例

- 疾病入院保険金 (1口あたり疾病入院保険金日額1,000円)

- 疾病手術保険金・疾病放射線治療保険金 (入院中か入院中以外かにより疾病入院保険金日額の10倍または5倍、放射線治療を受けた場合は10倍をお支払いします。)



※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。

#### お申し込み方法

以下2通りのお申し込み方法となります。

- 事業所一括加入型……ご本人さまのみご加入対象です。(掛金負担：事業所) 組合員(事業所)のうち、加入資格を有する方全員に加入いただく組合員(事業所)向けの制度の保障額は組合員(事業所)単位で設定されています。保険金決定基準(弔慰金規定等)に従ってパターンB01~B19の中からご選択のうえ、お申込みください。
- 個人加入型……ご本人さまがご加入の場合、配偶者さま・お子さまもお申込みができます。(掛金負担：個人) 本人：パターンB01~B19の中からご選択のうえ、お申込みください。配偶者：パターンB16~B19の中からご選択のうえ、お申込みください。子ども：パターンB20~B22の中からご選択のうえ、お申込みください。

#### 加入資格

※加入資格の詳細につきましては5ページをご確認ください。

##### <本人><配偶者>

- 新規加入・増額は、年齢65歳6カ月以下の方です。
- [注意1] 同一人が事業所一括加入型と個人加入型に加入される場合の団体定期保険(生命保険)の通算保険金額は最高2,000万円です。
- [注意2] 年齢65歳6カ月超75歳6カ月以下の方は継続加入ができます。(増額はできません。)ただし団体定期保険(生命保険)の保険金額は、事業所一括加入型と個人加入型をあわせて上限500万円までとします。

##### <子ども>

- 年齢2歳6カ月超22歳6カ月以下の方。ただし、加入資格のある子どもが2名以上いる場合は、全員ご加入ください。この場合、保障額は同一となります。

#### 保障額と掛金

次の中からいずれかのパターンをご選択ください。掛金は年齢・性別に関係なく一律です。

区分	パターン	保障(補償)内容と保障(補償)額			月払掛金(概算)		
		団体定期保険	団体総合生活補償保険(団体割引20%適用)		合計月払掛金(概算)		団体総合生活補償保険月払保険料
		死亡保険金額(高度障がい保険金額)	ケガによる傷害死亡・後遺障害保険金額	ケガによる傷害入院保険金日額	団体定期保険月払掛金(概算)	団体総合生活補償保険月払保険料	
本人	B01	2,000万円	1,000万円	15,000円	7,800円	7,400円	400円
	B02	1,900万円	1,000万円	15,000円	7,430円	7,030円	400円
	B03	1,800万円	1,000万円	15,000円	7,060円	6,660円	400円
	B04	1,700万円	1,000万円	15,000円	6,690円	6,290円	400円
	B05	1,600万円	1,000万円	15,000円	6,320円	5,920円	400円
	B06	1,500万円	1,000万円	15,000円	5,950円	5,550円	400円
	B07	1,400万円	1,000万円	15,000円	5,580円	5,180円	400円
	B08	1,300万円	1,000万円	15,000円	5,210円	4,810円	400円
	B09	1,200万円	1,000万円	15,000円	4,840円	4,440円	400円
	B10	1,100万円	1,000万円	15,000円	4,470円	4,070円	400円
	B11	1,000万円	1,000万円	15,000円	4,100円	3,700円	400円
	B12	900万円	900万円	13,500円	3,690円	3,330円	360円
	B13	800万円	800万円	12,000円	3,280円	2,960円	320円
	B14	700万円	700万円	10,500円	2,870円	2,590円	280円
	B15	600万円	600万円	9,000円	2,460円	2,220円	240円
配偶者	B16	500万円	500万円	7,500円	2,050円	1,850円	200円
	B17	400万円	400万円	6,000円	1,640円	1,480円	160円
	B18	300万円	300万円	4,500円	1,230円	1,110円	120円
	B19	250万円	250万円	3,750円	1,025円	925円	100円
子ども	B20	400万円	400万円	6,000円	480円	320円	160円
	B21	300万円	300万円	4,500円	360円	240円	120円
	B22	200万円	200万円	3,000円	240円	160円	80円

※ケガによる傷害手術保険金は、入院中か入院中以外かにより傷害入院保険金日額の10倍または5倍をお支払いします。  
※傷害入院保険金支払対象期間・支払限度日数180日、免責期間0日

#### 給付例

#### <オプション>

**Bプラン パターンB01**

死亡された場合、または所定の高度障がい状態になられた場合

**2,000万円**

交通事故等によるケガで死亡・約款所定の後遺障害が発生した場合

**最高1,000万円**

交通事故等によるケガで入院した場合

入院1日につき **15,000円**

\*手術を受けた場合は、入院中か入院中以外かにより傷害入院保険金日額の10倍または5倍の保険金をお支払いします。

**医療補償** 10口(疾病入院保険金日額10,000円)

病気で入院した場合

入院1日につき **10,000円**

\*手術を受けた場合は、入院中か入院中以外かにより疾病入院保険金日額の10倍または5倍、放射線治療を受けた場合は10倍の保険金をお支払いします。

**月払掛金(概算)**

**9,000円**

B01(7,800円)+医療補償10口(1,200円)

に34歳の方がご加入の場合

#### 医療補償 団体総合生活補償保険 疾病補償特約セット 1口(疾病入院保険金日額1,000円)あたりの保険料率※2

払込方法：月払(団体割引20%適用)

・特定精神障害補償特約自動セット [支払対象期間1,095日・支払限度日数180日、免責期間0日]

加入時年齢	2歳~4歳	5歳~9歳	10歳~14歳	15歳~19歳	20歳~24歳	25歳~29歳	30歳~34歳	35歳~39歳	40歳~44歳	45歳~49歳	50歳~54歳	55歳~59歳	60歳~64歳	65歳~69歳
加入時年齢 ※1	200円	60円	50円	50円	60円	90円	120円	130円	120円	160円	230円	330円	490円	690円
掛金(月払保険料)	200円	60円	50円	50円	60円	90円	120円	130円	120円	160円	230円	330円	490円	690円
加入限度口数	10口以内												5口以内	

※1 年齢は2026年4月1日時点の満年齢となります。  
※2 記載の保険料率は69歳までの掛金(月払保険料)となります。継続の方で継続日時点70歳を超える場合につきましては表紙に記載のお問い合わせ先までご照会ください。

#### 団体定期保険

- ・「本人・配偶者」の掛金は概算掛金です。正規掛金は申込締切後に算出し、更新日(今回は2026年4月1日)から適用します。事業所一括加入型の方が毎月募集の際に加入(\*)される場合は、掛金が確定している可能性があります。詳細は、組合事務局までご照会ください。掛金は、毎年の更新日に再計算し適用します。
- ・(\*)保障額を増額する場合、増額部分については、「加入」を「増額」と読替えます。
- ・「子ども」の掛金は1人あたりの確定掛金です。
- ・以下の金額が「制度運営費」として掛金に含まれております。死亡保険金額(高度障がい保険金額)100万円あたり10円
- ・記載の掛金は、確定掛金を含め、2025年10月7日(計算基準日)現在のものであり、保険料率等が改定される場合には、変動することがあります。

#### 団体総合生活補償保険傷害補償(標準型)特約・交通事故危険のみ補償特約セット

- ・損保部分保険料は団体割引20%(被保険者(本人)数が1,000名以上5,000名未満)および損害率による割引15%(団体総合生活補償保険(傷害補償のみ))が適用されております。

#### 団体総合生活補償保険 疾病補償特約セット

◆死亡保障・高度障がい保障

意向確認書

ご自身のニーズ(ご意向)に合致した商品内容であるか、お申込み前に必ずご確認ください。

この保険は、以下のニーズをお持ちの方に適した保険期間1年の商品です。原則として、加入資格を満たすかぎり、更新により一定期間継続して加入いただくことができます。

- ・死亡保障・高度障がい保障

当パンフレット(「契約概要」・「注意喚起情報」を含みます。)により、この商品がご自身のニーズに合致しているかご確認ください。

- チェック欄
- 保障内容はニーズに合致していますか。
  - ご自身が選択された保障額・掛金、および、その他の商品内容はニーズに合致していますか。

加入資格

以下の加入資格の他、「申込書兼告知書」に記載の内容を十分ご確認ください。以下の年齢は効力発生日現在の年齢です。

〈本人〉東京管工機材商業協同組合の組合員(事業主)・役員・従業員(家族従業員を含みます。)の方で新規加入・増額は、年齢14歳6カ月超65歳6カ月以下の方。継続加入は、年齢75歳6カ月以下の方。ただし、年齢65歳6カ月超の方は保障額の増額はできません。(保障額(団体定期保険部分)は、事業所一括加入型と個人加入型をあわせて上限500万円までです。)

〈配偶者〉東京管工機材商業協同組合の組合員(事業主)・役員・従業員(家族従業員を含みます。)の配偶者の方で新規加入・増額は、年齢満18歳以上65歳6カ月以下の方。継続加入は、年齢75歳6カ月以下の方。ただし、年齢65歳6カ月超の方は保障額の増額はできません。

〈子ども〉東京管工機材商業協同組合の組合員(事業主)・役員・従業員(家族従業員を含みます。)の扶養することも(\*)で年齢2歳6カ月超22歳6カ月以下の方。ただし、加入資格のある子どもが2名以上いる場合は、全員ご加入ください。この場合、保障額は同一となります。(\*)健康保険法に定める被扶養者の範囲のうち子に関する規定を準用します。

組合員(事業所)のうち、加入資格を有する方全員に加入いただく組合員(事業所)向けの制度に加入を希望される場合は、加入資格を有する所属員全員について以下の加入お手続きをしてください。・事業所一括加入型への加入(\*)手続きに際しては、加入(\*)者(被保険者)の同意印が必要です。(「申込書兼告知書」に、加入(\*)者(被保険者)の同意印を押印してください。)・加入(\*)の同意印のない方は加入(\*)できません。(\*)保障額を増額する場合、増額部分については、「加入」を「増額」と読替えます。

- (ご注意)
- ①ご加入後に病気になられても、原則として、加入資格を満たすかぎり同額もしくはそれ以下の保障額で継続加入できます。

- ②本人としての加入資格を有する配偶者は、本人としてご加入ください。(同一人が本人、配偶者の二つの資格で二重に加入することはできません。)
- ③配偶者・子どもは個人加入型のみのご加入となります。ただし、配偶者・子どものみで加入することはできません。
- ④配偶者・子どもは、本人〔個人加入型の加入金額(団体定期保険部分)〕と同額もしくはそれ以下の保障額でお申込みください。(それぞれに上限があります。)
- ⑤保険期間中に本人が死亡または脱退された場合は、配偶者・子どもも自動的に脱退となります。
- ⑥組合員(事業主)が東京管工機材商業協同組合の組合員資格を失われた場合には、年齢によらずこの保険契約からの脱退手続きが必要です。(この場合、加入されているその組合員(事業主)の役員・従業員(家族従業員を含みます。))も年齢によらず脱退となります。)また、本人が退職・転籍出向等で左記加入資格を失われた場合にも、年齢によらずこの保険契約からの脱退手続きが必要です。

効力発生日

- 効力発生日 2026年4月1日
- 事業所一括加入型は毎月募集をしておりますので、上記効力発生日以外でも加入(\*)可能です。(\*)
- 毎月募集時に加入(\*)される場合は、毎月20日(20日が営業日でない場合は翌営業日とします。)までに当パンフレット表紙に記載の組合事務局へ「申込書兼告知書」をご提出ください。なお、引受保険会社(\*)が「申込書兼告知書」を受理した場合、効力発生日は、その翌月1日となります。(\*)1)保障額を増額する場合、増額部分については「加入」を「増額」と読替えます。(\*)2)直近の更新日(2026年4月1日)時点で加入資格を有する事業所が対象です。(\*)3)共同取扱契約の場合、事務幹事会社を指します。

保険期間

- 保険期間は効力発生日～2027年3月31日までです。以降は毎年4月1日を更新日とし、保険期間1年で更新します。

この保険契約から脱退いただく場合

- 本人(主たる被保険者)が加入資格を失われた場合には、保険期間の途中であってもその日にこの保険契約から脱退となります。
- 更新日時点で継続加入年齢を超える方は、更新日の前月末日で脱退となります。また、保険期間の途中で継続加入年齢を超える方は、次の更新日の前月末日で脱退となります。
- 配偶者・子どもが加入されている場合、配偶者は次の①または②に定める日、子どもは次の①または③に定める日にこの保険契約から脱退となります。①本人の脱退日・死亡日、本人について高度障がい保険金が支払われた場合には、本人が高度障がい状態に該当された日②加入資格を失われた日③更新日に子どもが加入資格を失われている場合はその更新日の前日
- この保険契約の保障終了日は、脱退となった日の属する掛金が払込まれた期間の末日です。(例えば、1月24日に脱退された場合、1月分掛金を払込みいただき、1月31日が保障終了日となります。)
- 退職等の事由により脱退される場合、2年を超えて継続して被保険者であった方は、所定の条件のもと新たな告知や診査等を省略して個人保険に加入できます。詳細は当パンフレットに記載の団体窓口までお問合せください。

お申込み方法

- “新規加入”の方
  - “加入金額変更”の方
  - “脱退”の方
- 【個人加入型】
- ※すでに加入されている方で、死亡保険金受取人を変更される場合は、「死亡保険金受取人指定書」をご提出ください。(「申込書兼告知書」での受取人変更のお取扱いはできません。)

「申込書兼告知書」に必要事項を記入いただき、申込(同意)印・事業所名・(事業所一括加入型の場合は)事業所印を押印のうえ、事業所ごとに組合事務局宛、ご提出ください。

●同額で継続される方→ **お手続きは不要です。(自動更新となります。)**

年度途中の変更

事業所一括加入型……………組合員(事業所)のうち、加入資格を有する方全員に加入いただく組合員(事業所)向けの制度の保障額は組合員(事業所)単位で設定されています。各事業所の保険金決定基準(弔慰金規定等)に基づき、年度途中の加入・増額・脱退・減額の必要が生じた場合は、その都度、当パンフレット表紙に記載の組合事務局宛ご連絡ください。

個人加入型……………お申込みは年1回です。

配当金

1年ごとに収支計算を行い、剰余金が生じた場合は、配当金をお受取りになれます。配当金のお受取りがある場合、実質負担額(年間払込掛金から配当金を控除した金額)が軽減されます。個人加入型は、脱退され、保険期間の途中で保障終了となられた方は配当金をお受取りになれません。

通算保険金額

- 同一人で本人が事業所一括加入型と個人加入型に加入される場合、団体定期保険(生命保険)の通算保険金額は最高2,000万円(年齢65歳6カ月超の方は500万円)です。通算して2,000万円を超える場合は、**個人加入型**の加入保険金額を減額していただくこととなります。

掛金のお払込み

- 掛金は各事業所でとりまとめのうえ、組合指定口座へ毎月25日(金融機関定休日の場合は翌営業日)までにお振込みください。(普通預金口座名)東京管工機材商業協同組合共済事業部会みずほ銀行 横山町支店(普)No. 0201989 / 三菱UFJ銀行 大伝馬町支店(普)No. 0116564 三井住友銀行 人形町支店(普)No.1069894

受取人

- 【事業所一括加入型】
- ・本人の死亡保険金受取人は、事業主です。
  - ・本人の高度障がい保険金受取人は被保険者ご自身です。
  - ・死亡保険金請求時に労働基準法施行規則第42条(遺族補償を受ける者)および第43条(遺族補償の受給者および順位)に定める遺族補償を受けるべき被保険者の遺族の了解が必要です。

- 【個人加入型】
- ・本人の死亡保険金受取人は、本人の配偶者・子ども・孫・父母・祖父母・兄弟姉妹から選択できます。
  - ・配偶者の死亡保険金受取人は本人(主たる被保険者)です。
  - ・本人および配偶者の高度障がい保険金受取人は被保険者ご自身、子どもの死亡保険金・高度障がい保険金受取人は本人(主たる被保険者)です。

税務上のお取扱い

- 事業所一括加入型【掛金】
  - 法人事業所の場合…役員・従業員のために法人が負担した掛金は、制度運営費を差引いた金額が原則として全額損金に算入でき、その金額は役員・従業員の所得税の課税対象ではありません。
  - 個人事業所の場合…従業員のために個人事業主が負担した掛金は、制度運営費を差引いた金額が原則として全額必要経費に算入でき、その金額は従業員の所得税の課税対象ではありません。

- 【保険金】
  - 死亡保険金…事業主が受取ったときに一旦雑収入となりますが、これをご遺族に対して弔慰金または死亡退職金として支給した場合は損金処理できます。
  - 高度障がい保険金…被保険者が受取人の場合、非課税です。

- 個人加入型【掛金】
  - 制度運営費については、一般生命保険料控除の対象ではありません。
  - 主契約および子ども特約の実質掛金(掛金から制度運営費および配当金を控除した金額)は、一般生命保険料控除の対象です。※この保険契約には新生命保険料控除制度が適用されます。生命保険料控除の詳細は、ニッセイのホームページをご参照ください。(https://www.nissay.co.jp/keiyaku/oshirase/hokenryokojo/)※一般生命保険料控除の対象となる実質掛金については、年末調整・確定申告時に控除証明書等にて必ずご確認ください。
  - ※当団体定期保険以外に一般生命保険料控除の対象となる保険等にご加入の場合、控除額は控除の対象となる保険等の保険料をそれぞれ合計した保険料に基づき計算されます。当団体定期保険のみの掛金に基づき計算されるわけではありません。

- 【保険金】
  - 死亡保険金
    - <本人>相続税の課税対象となりますが、法定相続人が受取人の場合、本人死亡時の保険金(法定相続人が受取った他の生命保険等の受取金がある場合には、これと合算した金額)に対して相続税法上一定の金額が非課税となる場合があります。
    - <配偶者・子ども>本人(主たる被保険者)が受取人の場合、死亡保険金は一時所得として所得税および住民税の課税対象となります。
    - 高度障がい保険金…被保険者が受取人の場合、非課税です。

税務の取扱い等については、2025年8月現在の税制・関係法令等に基づき記載しております。今後、税務の取扱い等が変わる場合がありますので、記載の内容・数値等は将来にわたって保証されるものではありません。制度運営費を含めた個別の税務取扱い等については、所轄の国税局・税務署や顧問税理士等にご確認ください。

保険金のお支払事由

【死亡保険金】

引受保険会社は、被保険者が保険期間中に死亡された場合、死亡保険金をお支払いします。

【高度障がい保険金】

引受保険会社は、被保険者がこの保険契約への加入日（\*1）以後の傷害または疾病によって、保険期間中に、別表（\*2）に定める高度障がい状態のいずれかになられた場合、高度障がい保険金をお支払いします。なお、上記によって高度障がい保険金が支払われた場合には、この保険契約のその被保険者に対する部分は、高度障がい状態になられた時に消滅したものととして取扱います。したがって、高度障がい保険金と死亡保険金は重複してはお支払いしません。（\*1）その被保険者についてこの保険契約上の責任が開始した日をいい、増額部分については「加入日」を「増額日」と読替えます。

（\*2）対象となる「高度障がい状態」とは

1. 両眼の視力を全く永久に失ったもの
2. 言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの
3. 中枢神経系または精神に著しい障がいを残し、終身常に介護を要するもの
4. 胸腹部臓器に著しい障がいを残し、終身常に介護を要するもの
5. 両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
6. 両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
7. 1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
8. 1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの

～高度障がい状態に関する補足説明～

1. 常に介護を要するもの  
「常に介護を要するもの」とは、食物の摂取、排便・排尿・その後始末、および衣服着脱・起居・歩行・入浴のいずれもが自分ではできず、常に他人の介護を要する状態をいいます。
2. 眼の障がい（視力障がい）  
（1）視力の測定は、万国式試視力表により、1眼ずつ、きょう正視力について測定します。  
（2）「視力を全く永久に失ったもの」とは、視力が0.02以下になって回復の見込のない場合をいいます。  
（3）視野狭さくおよび眼瞼下垂による視力障がいは視力を失ったものとはみなしません。
3. 言語またはそしゃくの障がい  
（1）「言語の機能を全く永久に失ったもの」とは、次の3つの場合をいいます。  
① 語音構成機能障がいで、口唇音、歯舌音、口蓋音、こゝ頭音の4種のうち、3種以上の発音が不能となり、その回復の見込のない場合  
② 脳言語中枢の損傷による失語症で、音声言語による意志の疎通が不可能となり、その回復の見込のない場合  
③ 声帯全部のてき出により発音が不能の場合  
（2）「そしゃくの機能を全く永久に失ったもの」とは、流動食以外のものは摂取できない状態で、その回復の見込のない場合をいいます。
4. 上・下肢の障がい  
「上・下肢の用を全く永久に失ったもの」とは、完全にその運動機能を失ったものをいい、上・下肢の完全運動麻痺、または上・下肢においてそれぞれ3大関節（上肢においては肩関節、ひじ関節および手関節、下肢においてはまた関節、ひざ関節および足関節）の完全強直で、回復の見込のない場合をいいます。

保険金をお支払いしない場合等（詳細）

【主契約】

○引受保険会社は、保険金のお支払事由が次の項目のいずれかによって生じた場合には、保険金をお支払いしません。  
・被保険者の自殺。ただし、その被保険者がそのご加入（\*1）日から起算して1年を超えて継続して被保険者であった場合には保険金をお支払いします。

- ・保険契約者・被保険者の故意。
- ・保険金受取人の故意。ただし、その保険金受取人が保険金の一部の受取人である場合には、その残額をその他の保険金受取人にお支払いします。
- ・戦争その他の変乱。（\*2）

（\*1）保障額を増額する場合、増額部分については、「ご加入」を「増額」と読替えます。

（\*2）ただし、戦争その他の変乱によって支払事由に該当された被保険者の数の増加がこの保険の計算基礎に及ぼす影響が少ないと引受保険会社が認めた場合には、その程度に応じ、保険金の全額をお支払いし、または保険金を削減してお支払いします。

【高度障がい保険金】

○高度障がい保険金のお支払いは、その原因となる傷病がご加入（\*1）時以後に生じた場合にかぎります。（原因となる傷病がご加入（\*1）時前に生じていた場合には、お支払事由に該当しません。）したがって、原因となる傷病がご加入（\*1）時前に生じていた場合には、過去の傷病歴（傷病名、治療期間等）、おからだの状態等について告知いただいているかどうかにかかわらず、高度障がい保険金はお支払対象となりません。

【すべての保険金】

次の場合には、保険金をお支払いせず、ご加入も継続できません。

- 告知義務違反による解除の場合  
ご加入（\*1）のお申込みの際に保険契約者または被保険者が、故意または重大な過失によって告知事項について事実を告げずまたは事実でないことを告げ、保険契約の全部またはその被保険者のご加入（\*1）部分が解除されたとき。ただし、支払事由の発生が解除の原因となった事実によらないことが証明された場合には、保険金をお支払いします。
- 詐欺による取消の場合  
保険契約者または被保険者の詐欺により、この保険契約の締結・被保険者の加入等が行われたために、この保険契約の全部またはその被保険者に対する部分が取消となることがあります。この場合、すでに払込まれた保険料は払戻しません。
- 不法取得目的による無効の場合  
保険契約者または被保険者が保険金を不法に取得する目的もしくは他人に保険金を不法に取得させる目的をもってこの保険契約の締結・被保険者の加入等を行った場合には、この保険契約の全部またはその被保険者に対する部分を無効とし、すでに払込まれた保険料は払戻しません。
- 保険契約が失効した場合  
保険契約者から保険料の払込みがなく、この保険契約が効力を失ったとき。
- 重大事由により解除の場合  
次のような事由に該当した場合には、この保険契約の全部またはその被保険者に対する部分を解除することがあります。  
（以下の③の事由にのみ保険金受取人だけが該当した場合で、複数の保険金受取人のうち一部の保険金受取人が以下の③の事由に該当したときにかぎり、保険金のうち、その保険金受取人にお支払いすることとなっていた保険金を除いた額を、他の保険金受取人にお支払いします。）  
① 保険契約者、被保険者（死亡保険金の場合は被保険者を除きます。）または保険金受取人が、保険金（死亡保険金の場合は、他の保険契約の死亡保険金を含み、保険種類および給付の名称の如何を問いません。）を詐取る目的または他人に詐取させる目的で事故招致（未遂を含みます。）をしたとき。  
② この保険契約の保険金の請求に関し、保険金受取人に詐欺行為（未遂を含みます。）があったとき。  
③ 保険契約者、被保険者または保険金受取人が、次の（ア）～（オ）のいずれかに該当するとき。  
（ア）暴力団、暴力団員（暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者を含みます。）、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他の反社会的勢力（以下、「反社会的勢力」といいます。）に該当すると認められること  
（イ）反社会的勢力に対して資金等を提供し、または便宜を供与する等の関与をしていると認められること  
（ウ）反社会的勢力を不当に利用していると認められること  
（エ）反社会的勢力により団体の全部もしくは一部の経営を支配され、またはその経営に反社会的勢力による実質的な関与を受けていると認められること  
（オ）その他反社会的勢力と社会的に非難されるべき関係を有していると認められること  
④ 上記①②③の他、引受保険会社の保険契約者、被保険者または保険金受取人に対する信頼を損ない、この保険契約の存続を困難とする上記①②③の事由と同等の重大な事由があるとき。

＜個人情報取扱いに関する東京管工機材商業協同組合と引受保険会社からのお知らせ＞

- この保険契約は、東京管工機材商業協同組合（以下、「組合」といいます。）を保険契約者とし、組合所属（加盟）の事業所（以下、「事業所」といいます。）の所属員を加入対象者とする企業保険です。そのため、この保険契約の運営にあたっては、組合および事業所は加入対象者の個人情報（氏名・性別・生年月日・健康状態等）を取扱い、組合がこの保険契約を締結した引受保険会社（共同引受会社を含みます。以下同じ。）へ提出します。組合および事業所は、この保険契約の運営において入手する個人情報（個人番号を除く）を、この保険契約の事務手続きのために使用します。
  - 引受保険会社は受領した個人情報（個人番号を除く）を各種保険の引受け・継続・維持管理、保険金等のお支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、組合、事業所および他の引受保険会社等へその目的の範囲内で提供します。
  - また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き組合、事業所および引受保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。なお、記載の引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社へ提供されます。
- （注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、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目的に利用目的が限定されています。個人番号については、保険取引に関する支払調書作成事務のみに使用します。

～死亡保険金受取人の個人情報の取扱いについて～

指定された死亡保険金受取人（以下、「受取人」といいます。）の個人情報については、上記の加入対象者（被保険者）の個人情報と同様に取扱われますので、お申込みにあたっては、受取人にその旨を説明いただき、個人情報の取扱いについての同意を取得してください。

制度運営および引受保険会社

当制度は東京管工機材商業協同組合が生命保険会社と更新時点の約款に基づき締結したこども特約付団体定期保険契約に基づいて運営します。この団体定期保険契約は以下の引受保険会社による共同取扱契約であり、事務幹事会社が他の引受保険会社から委任を受けて事務を行います。各ご加入者（被保険者）の加入保険金額について、引受保険会社はそれぞれの引受割合（2025年8月18日現在）に応じて保険契約上の権利を有し義務を負い、相互に連帯して責任を負うものではありません。なお、将来引受保険会社および引受割合は変更することがあります。

- 【引受保険会社】 日本生命保険相互会社（96%）〈事務幹事会社〉  
富国生命保険相互会社（4%）

＜「障がい」の表記＞

当パンフレット（団体定期保険部分）では、「障害」を「障がい」と表記しています。なお、法律、政令、規則等の法令で用いられている用語や特定の固有名詞については「障害」とそのまま表記する場合があります。

**加入資格**

グループ保険に準じます。

**保険期間(ご契約期間)**

保険期間は1年で2026年4月1日午後4時から2027年4月1日午後4時までです。  
 なお、中途加入者につきましては効力発生日(保険期間開始日)(午前0時)から2027年4月1日午後4時までです。以後毎年特にお申し出のない限り継続加入のお取扱いをいたします。(「継続加入」欄もあわせてご確認ください。)

※ただし、個人で加入される場合(個人加入型)、中途加入はできません。

**保険金受取人**

- 掛金事業主負担分  
死亡保険金は被保険者の法定相続人となります。
- 掛金個人負担分  
本人・配偶者・子どもの死亡保険金受取人は法定相続人となります。

**継続加入**

一旦加入すれば継続加入できます。

**税法上のお取扱い**

法人事業所が負担した掛金は役員分も含めて全額損金として認められます。  
 個人事業所の場合も従業員のために負担した掛金は全額必要経費として認められます。  
 また、受取死亡保険金は「法定相続人数×500万円」まで相続税がかかりません。(主な関係法令：法人税法第9条、所得税法第9条、相続税法第12条)  
 ※個別の取扱については所管の税務署等にお問合わせください。(2025年11月現在)

**申込方法**

- “新規加入”の方
  - 申込金額変更の方
  - “脱退”の方
- 加入申込票に必要事項を記入し申込人署名を必ずご記入のうえ事業所毎に組合事務局宛にご提出ください。
- 同一補償(保障)内容で継続される方の加入申込票提出は不要です。

**保険料**

●保険料は各事業所でとりまとめのうえ、グループ保険とあわせて払い込みください。組合指定口座へ毎月25日(金融機関定休日の場合は翌営業日)までにお振込みください。  
 (普通預金口座名)東京管工機材商業協同組合共済事業部会  
 みずほ銀行 横山町支店(普)No.0201989  
 三菱UFJ銀行 大伝馬町支店(普)No.0116564  
 三井住友銀行 人形町支店(普)No.1069894

お支払いする保険金のご説明 重要事項のご説明

お支払いする保険金のご説明	 GN24-300747 <a href="https://aioinissaydowa-wpm.jp/gid/ds_h_GN24-300747.pdf">https://aioinissaydowa-wpm.jp/gid/ds_h_GN24-300747.pdf</a>
重要事項のご説明	 GN24-300733 <a href="https://aioinissaydowa-wpm.jp/gid/ds_j_GN24-300733.pdf">https://aioinissaydowa-wpm.jp/gid/ds_j_GN24-300733.pdf</a>

詳しくは上記コードまたはURLよりお支払いする保険金のご説明、重要事項のご説明をご確認ください。  
 上記コードからご確認できない場合は取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。

**加入資格**

グループ保険に準じます。

- このオプションは上記制度(団体定期保険+団体総合生活補償保険傷害補償(標準型)特約セットまたは団体総合生活補償保険傷害補償(標準型)特約・交通事故危険のみ補償特約セット)と同時にご加入いただけます。単独ではご加入できません。
- ※申込方法、加入申込票の提出先については9ページの団体総合生活補償保険傷害補償(標準型)特約セットまたは団体総合生活補償保険(標準型)特約・交通事故危険のみ補償特約セットと同様となります。

**保険期間(ご契約期間)**

保険期間は1年で2026年4月1日午後4時から2027年4月1日午後4時までです。  
 なお、中途加入者につきましては効力発生日(保険期間開始日)(午前0時)から2027年4月1日午後4時までです。以後毎年とくにお申し出のない限り継続加入のお取扱いをいたします。  
 (「継続加入」欄もあわせてご確認ください。)

※ただし、個人で加入される場合(個人加入型)、中途加入はできません。

**保険金額の設定**

疾病入院保険金(日額)の引受限度額は2~59歳10,000円、60~69歳は5,000円となります。

**継続加入**

一旦加入すれば継続加入できます。  
 加入口数を増口(増額)、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合は再告知していただきます。

**税法上のお取扱い**

法人事業所が負担した掛金は役員分も含めて全額損金として認められます。個人事業所の場合も従業員のために負担した掛金は全額必要経費として認められます。(主な関係法令：法人税法第9条、所得税法第9条)  
 ※個別の取扱については所管の税務署等にお問合わせください。(2025年11月現在)

**その他**

- 医師による診査なしで、健康状態の告知により加入でき手続きは簡単です。
- 保険期間の開始時(継続契約の場合は継続されてきた最初の保険期間の開始時)より前に発病した病気(注)については、保険金をお支払いできません。  
 ※上記の取扱いは、「ご契約時に正しく告知して契約された場合」または「ご契約時に自覚症状がない病気等であっても、それが保険期間の開始時よりも前に被ったものである場合」であっても適用されますのでご注意ください。ただし、保険期間の開始時からその日を含めて365日を経過した後に病気により入院を開始した等の場合には、保険金をお支払いできることがあります。
- (注)その病気と医学上因果関係がある病気を含みます。医学上因果関係がある病気とは、医学上重要な関係にある一連の病気をいい、病名を異にする場合であってもこれを同一の病気として取り扱います。

お支払いする保険金のご説明 重要事項のご説明

お支払いする保険金のご説明	 GN25-300010 <a href="https://aioinissaydowa-wpm.jp/gid/ds_h_GN25-300010.pdf">https://aioinissaydowa-wpm.jp/gid/ds_h_GN25-300010.pdf</a>
重要事項のご説明	 GN24-300732 <a href="https://aioinissaydowa-wpm.jp/gid/ds_j_GN24-300732.pdf">https://aioinissaydowa-wpm.jp/gid/ds_j_GN24-300732.pdf</a>

詳しくは上記コードまたはURLよりお支払いする保険金のご説明、重要事項のご説明をご確認ください。  
 上記コードからご確認できない場合は取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。



[https://aioinissaydowa-wpm.jp/gid/ds\\_s\\_GN25-300063.pdf](https://aioinissaydowa-wpm.jp/gid/ds_s_GN25-300063.pdf)

詳しくは左記コードよりサービスのご案内をご確認ください。

左記コードからご確認できない場合は取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。

GN25-300063

#### ご加入上のご注意

- このパンフレットは概要を説明したものです。ご加入にあたっては必ず「重要事項のご説明 契約概要のご説明・注意喚起情報のご説明」をご覧ください。また、詳しくは「ご契約のしおり(普通保険約款・特約)」をご用意していますので、取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。ご不明な点につきましては、取扱代理店または引受保険会社にお問い合わせください。
- この保険は、東京管工機材商業協同組合を保険契約者とし、傘下の組合に所属する組合員の役員および従業員を加入者とする団体総合生活補償保険の団体契約です。
- 団体総合生活補償保険のご契約のしおり(普通保険約款・特約)、保険証券は保険契約者(東京管工機材商業協同組合)に交付されます。
- 健康状態告知書質問事項の回答内容や加入申込票記載事項(職種(交通事故危険のみ補償特約セットの場合を除く)・年齢・他保険加入状況・保険金請求歴等)等により、ご契約のお引受けをお断りしたり、引受条件を制限させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。
- 他の保険契約等の有無については、危険に関する重要な事項の告知事項として加入申込票に記入していただきます。正しく記入していただけなかった場合には、ご契約を解除することがありますのでご注意ください。
- ご加入内容の変更または継続しない旨のお申し出のない限り、ご継続時75歳6カ月以下の方は、保険契約の満了する日と同一内容で継続加入のお取扱いをいたします。この場合、継続後の保険料は、継続日現在の被保険者の年齢(団体総合生活補償保険(疾病補償特約セット)のみ)および保険料率によって計算されます。  
(ご注意) 保険金請求事故が多発した場合などについて、ご継続を中止させていただくことがあります。

#### 引受保険会社

##### 【傷害補償・医療補償】

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

広域法人開発部 営業課 〒103-8250 東京都中央区日本橋3-5-19 日本橋本社ビル TEL: 050-3460-8162 / FAX: 03-6734-9609

※おかけ間違いにご注意ください。

#### 東京管工機材商業協同組合と引受保険会社からの個人情報の取扱いに関するお知らせ

本保険契約に関する個人情報について、引受保険会社が次の取扱いを行うことに同意のうえお申込みください。

##### 【個人情報の取扱いについて】

本保険契約に関する個人情報は、引受保険会社が保険引受の審査、本保険契約の履行のために利用するほか、引受保険会社および引受保険会社グループ会社(海外にあるものを含む)が他の商品・サービスのご案内のために利用することがあります。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、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、一般社団法人日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。

ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則(第53条の10)により、利用目的が限定されています。

詳細については、あいおいニッセイ同和損害保険(株)のホームページ(<https://www.aioinissaydowa.co.jp/>)をご覧ください。

#### 取扱代理店

株式会社星和ビジネスリンク 〒108-0014 東京都港区芝4-1-23 三田NNビル4F TEL: 0120-288270 ※おかけ間違いにご注意ください。

「申込書兼告知書」記入要領(Aプラン・Bプラン共通)団体定期保険

事業所一括加入型

お申込み方法

- 新規に加入される方、または加入内容に変更のある方は、各事業所の保険金決定基準(弔慰金規定等)に基づき、必要事項を記入・押印のうえ「申込書兼告知書」を組合事務局へご提出ください。脱退される方もご提出が必要です。  
※1枚目をご提出ください。2枚目はご契約者用です。
- 内容を訂正される場合は訂正箇所を二重線で抹消後、訂正印(申込(同意)印と同一のもの)を押印のうえ、正しい内容をご記入ください。
- 黒ボールペンでご記入ください。

個人加入型にも加入されている方は、同一人による団体定期保険の通算保険金額は最高2,000万円(年齢65歳6カ月超の方は最高500万円)となります。

1氏名はすべて「カタカナ」でご記入ください。

2新規(追加)加入者(被保険者)・増額者全員の同意印を押印してください。

3「申込書兼告知書」を記入された日をご記入ください。

4告知事項2・3に該当するか判断に迷われる場合は、別途「被保険者の告知書」を提出いただければ、保険会社にて新規加入・増額の可否を判断します。

5事業所所在地・事業所名・代表者名をご記入のうえ、会社印を押印してください。

希望者グループ保険(団体定期保険) 申込書兼告知書

日本生命保険相互会社 行

申込締切日: 令和8年2月20日

事業所所在地: 東京都〇〇区△△町1-2-3

事業所名: 東京株式会社

代表取締役: 東京 一郎

申込日(告知日): 令和8年2月18日

被保険者番号	被保険者氏名(カタカナ)	性別	生年月日	死亡保険金受取人	現在加入保険金額	申込区分	申込保険金額	告知事項	ニッセイ処理欄
記入不要	トウキョウ タロウ	男	13590503	ジギョウヌシ	1000	1	1000	1	1

この保険制度および保険契約の内容を十分に理解し、この保険に加入する個人情報を提供することについて、加入動向に説明資料等を通知し、配付されたうえ、この保険契約の被保険者となることに同意し、押印します。

6性別・生年月日をご記入ください。

7本人の死亡保険金受取人を「ジギョウヌシ」とカタカナでご記入ください。続柄は「7」、人数は「1」とご記入ください。

8該当する申込区分に○印をご記入ください。

9パンフレット2ページ・4ページ「保障額と掛金」の団体定期保険 死亡保険金額の中から選択してご記入ください。  
※増額・減額をされる場合は変更後の保険金額をご記入ください。

「申込書兼告知書」記入要領(Aプラン・Bプラン共通)団体定期保険

個人加入型

お申込み方法

- 新規に加入される方は、「申込書兼告知書」を組合事務局へご提出ください。また、本人との続柄が「その他(9)」となる方を本人の死亡保険金受取人とされる場合は、「死亡保険金受取人指定書」をあわせてご提出ください。
- すでに加入されている方で、死亡保険金受取人を変更される場合は、「死亡保険金受取人指定書」をご提出ください。(「申込書兼告知書」での受取人変更のお取扱いはできません。)
- この場合、死亡保険金受取人変更の効力発生日は、保険契約者(団体)が引受保険会社に「死亡保険金受取人指定書」を発送した日です。
- その他内容の変更(脱退を含みます。)がある方は、「申込書兼告知書」をご提出ください。
- 必要事項が記入・押印されているか、ご提出前にご確認ください。内容を訂正される場合は訂正箇所を二重線で抹消後、訂正印(申込印と同一のもの)を押印のうえ、正しい内容をご記入ください。
- 黒ボールペンでご記入ください。

事業所一括加入型にも加入されている方は、同一人による団体定期保険の通算保険金額は最高2,000万円(年齢65歳6カ月超の方は最高500万円)となります。上記金額を超える場合は、個人加入型の加入保険金額を減額いただけます。

1「申込書兼告知書」を記入された日をご記入ください。

2氏名はすべて「カタカナ」でご記入ください。配偶者・子ども申込みされる場合はご記入ください。加入資格のある子どもは全員同額でご加入ください。

3性別・生年月日をご記入ください。

4パンフレット2ページ・4ページ「保障額と掛金」の団体定期保険 死亡保険金額の中から選択してご記入ください。  
※増額・減額をされる場合は変更後の保険金額をご記入ください。  
※脱退される場合は、「0」とご記入ください。

5必ず申込みされる方全員分の申込印を押印してください。配偶者さまの申込印は、ご本人さまと別の印鑑を押印してください。お子さまが未成年の場合は、親権者さまが押印してください。

希望者グループ保険(団体定期保険) 申込書兼告知書

東京管工機材商業協同組合

事業所名: 東京株式会社

申込日(告知日): 8/2/18

申込締切日: 8/2/20

効力発生日: 8/4/1

家族区分	被保険者氏名(カタカナ)	性別	生年月日	保険金額	申込印
本人	トウキョウ タロウ	男	590503	1000	○
配偶者	トウキョウ ハナコ	女	611210	500	○
子ども	トウキョウ イチロウ	男	241005	400	○

本人の死亡保険金受取人: トウキョウ ハナコ

配偶者の死亡保険金受取人: シュタルヒホケンシヤ

告知事項: 新規加入・増額する申込書兼告知書は、以下の1または2に○印を記入してください。  
1 新規加入・増額する全ての申込書について、質問事項に対する答えが全て「いいえ」となります。  
2 質問事項について「はい」の答えがある申込書がいます。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出してください。  
【「はい」の答えがある申込者氏名(カタカナでご記入ください)】  
トウキョウ ハナコ

6新規に加入される方は、本人の死亡保険金受取人(氏名・続柄コード・人数)をご指定ください。氏名はカタカナでご記入ください。続柄コードは「申込書兼告知書」の裏面を参照のうえご記入ください。  
※すでに加入されている方で、死亡保険金受取人を変更される場合は、「死亡保険金受取人指定書」をご提出ください。

7新規加入・増額をご希望の方は、「申込書兼告知書」裏面の「質問事項」をご確認ください。本人(主たる被保険者)が新規加入・増額の申込みをされる方の告知をとりまとめるうえ、または2に○印をご記入ください。  
[1に○印] 申込者全員の質問事項に対する答えが全て「いいえ」となる場合  
[2に○印※] 1名でも質問事項に対する答えが「はい」となる場合や質問事項に対する答えに迷われる場合  
※【「はい」の答えがある申込者氏名】に該当者の氏名をカタカナでご記入のうえ、あわせて「被保険者の告知書」をご提出ください。別途「被保険者の告知書」を提出いただければ、保険会社にて新規加入・増額の可否を判断します。

# 団体総合生活補償保険(Aプラン・Bプラン共通) 加入申込票 記入要領

## 加入・変更(増額)

## 「事業所一括加入型」「個人加入型」共通記入例 (被保険者一名につき一枚作成ください)

※控えが必要な方は、お手数ですがお客さまご自身でコピーをお取りください

### 団体総合生活補償保険更改加入申込票 兼 健康状態告知書(複数名用)

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社が必ずお尋ねする特記事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分に確認の上で記入してください。  
ただし、「生年月日」「性別」「健康状態告知」欄は「疾病に関する欄」「がんに関する欄」「所患欄」欄に併記してください。併記する場合は、「健康状態告知」欄に併記してください。併記する場合は、「健康状態告知」欄に併記してください。併記する場合は、「健康状態告知」欄に併記してください。

保険契約者(団体名) \_\_\_\_\_

加入申込日 010 8年 2月 1日 011 電話番号 \_\_\_\_\_

申込住所 012 郵便番号 317 カナ \_\_\_\_\_

加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ

014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ

015 生年月日 880 年 月 日

016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ

017 所属コード 019 \_\_\_\_\_

018 社員番号 \_\_\_\_\_

### あいおいニッセイ同和損保 **BNY** センター送付

前契約代表者番号 R239 03 88 LF 354 ⑤

代表証券番号 \_\_\_\_\_

098 加入者番号 \_\_\_\_\_

099 前契約加入者番号 \_\_\_\_\_

117 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

099 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

117 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

099 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

117 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

符号	被保険者	健康状態告知書質問事項回答欄
390	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
391	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
392	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容

符号	被保険者	健康状態告知書質問事項回答欄
390	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
391	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
392	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容

- ⑨健康状態告知書質問事項回答欄記入方法
- 健康状態告知書質問事項回答欄は、裏面の健康状態告知書質問事項、回答欄記入例をご確認いただきご回答ください。
  - 「特定疾病等対象外欄(疾病コード、疾病・症状名)」は、補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂正印をしてください。
  - 「告知日」は質問にお答えいただいた日をご記入ください。
  - 「告知者名」はフルネームで必ず「ご本人」がご署名ください。ただし、被保険者本人が15才未満の場合は親権者が告知し、署名します。
  - 他の保険契約等がある場合は「あり」に○をし、裏面に内容をご記入ください。

記入内容を訂正する場合は二重線を引き訂正署名のうえ、正しい内容をご記入ください。

※「加入申込書兼健康状態告知書」は記入要領用のものであり、配付されたものと内容が異なる場合があります。

# 団体総合生活補償保険(Aプラン・Bプラン共通) 加入申込票 記入要領

## 脱退・変更(減額)

## 「事業所一括加入型」「個人加入型」共通記入例 (被保険者一名につき一枚作成ください)

※控えが必要な方は、お手数ですがお客さまご自身でコピーをお取りください

### 団体総合生活補償保険更改加入申込票 兼 健康状態告知書(複数名用)

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社が必ずお尋ねする特記事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分に確認の上で記入してください。  
ただし、「生年月日」「性別」「健康状態告知」欄は「疾病に関する欄」「がんに関する欄」「所患欄」欄に併記してください。併記する場合は、「健康状態告知」欄に併記してください。併記する場合は、「健康状態告知」欄に併記してください。併記する場合は、「健康状態告知」欄に併記してください。

保険契約者(団体名) \_\_\_\_\_

加入申込日 010 8年 2月 1日 011 電話番号 \_\_\_\_\_

申込住所 012 郵便番号 317 カナ \_\_\_\_\_

加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ

014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ

015 生年月日 880 年 月 日

016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ

017 所属コード 019 \_\_\_\_\_

018 社員番号 \_\_\_\_\_

### あいおいニッセイ同和損保 **BNY** センター送付

前契約代表者番号 R239 03 88 LF 354 ⑤

代表証券番号 \_\_\_\_\_

098 加入者番号 \_\_\_\_\_

099 前契約加入者番号 \_\_\_\_\_

117 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

099 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

117 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

099 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

117 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

符号	被保険者	健康状態告知書質問事項回答欄
390	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
391	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
392	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容

符号	被保険者	健康状態告知書質問事項回答欄
390	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
391	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
392	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容

- ◆団体との関係 下記記載の数字(いずれか1つ)をご記入ください。
- 団体の 1: 構成員(子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 0: 会員企業等の役員・従業員  
上記「1」または「0」の 2: 配偶者 3: 子ども 4: 両親 5: 兄弟姉妹 6: 親類の親族 7: 使用人

記入内容を訂正する場合は二重線を引き訂正署名のうえ、正しい内容をご記入ください。

※「加入申込書兼健康状態告知書」は記入要領用のものであり、配付されたものと内容が異なる場合があります。

- 加入申込日をご記入ください。
- 加入者氏名(漢字・フリガナ)をご署名ください。
- 既に入力されている方で、追加加入・変更(増額)の方は、「継続する(変更あり)」に○をしてください。  
加入内容に変更のない場合は、ご提出不要です。  
※新規でご加入される方(白紙帳票に記入される方)は、この欄はありませんので、ご注意ください。
- 事業所名をカタカナでご記入ください。

- 被保険者氏名・生年月日をご記入ください。  
保険始期日(2026年4月1日)時点の年齢をご記入ください。性別に「○」をしてください。
- 申込パターン番号をご記入ください。(Aプランの場合は職業名・職種名もご記入ください)

- 「⑤」記入例と同様にご記入ください。
- 医療補償の加入希望口数をご記入ください。

令和7年10月1日以降始期契約に使用

## 脱退・変更(減額)

## 「事業所一括加入型」「個人加入型」共通記入例 (被保険者一名につき一枚作成ください)

※控えが必要な方は、お手数ですがお客さまご自身でコピーをお取りください

### 団体総合生活補償保険更改加入申込票 兼 健康状態告知書(複数名用)

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社が必ずお尋ねする特記事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分に確認の上で記入してください。  
ただし、「生年月日」「性別」「健康状態告知」欄は「疾病に関する欄」「がんに関する欄」「所患欄」欄に併記してください。併記する場合は、「健康状態告知」欄に併記してください。併記する場合は、「健康状態告知」欄に併記してください。併記する場合は、「健康状態告知」欄に併記してください。

保険契約者(団体名) \_\_\_\_\_

加入申込日 010 8年 2月 1日 011 電話番号 \_\_\_\_\_

申込住所 012 郵便番号 317 カナ \_\_\_\_\_

加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ

014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ

015 生年月日 880 年 月 日

016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ

017 所属コード 019 \_\_\_\_\_

018 社員番号 \_\_\_\_\_

### あいおいニッセイ同和損保 **BNY** センター送付

前契約代表者番号 R239 03 88 LF 354 ⑤

代表証券番号 \_\_\_\_\_

098 加入者番号 \_\_\_\_\_

099 前契約加入者番号 \_\_\_\_\_

117 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

099 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

117 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

099 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

117 前契約加入者種別コード \_\_\_\_\_

符号	被保険者	健康状態告知書質問事項回答欄
390	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
391	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
392	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容

符号	被保険者	健康状態告知書質問事項回答欄
390	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
391	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容
392	加入申込日 010 8年 2月 1日 申込住所 012 郵便番号 317 カナ 加入者(加入者) 013 漢字 トウキョウ タロウ 014 フルネームでご署名ください。漢字 トウキョウ タロウ 015 生年月日 880 年 月 日 016 所属名 カナ トウキョウカブシキガイシャ 017 所属コード 019 _____ 018 社員番号 _____	健康状態告知書質問事項回答欄 L10 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容 告知日 告知者名 告知内容

- ◆団体との関係 下記記載の数字(いずれか1つ)をご記入ください。
- 団体の 1: 構成員(子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 0: 会員企業等の役員・従業員  
上記「1」または「0」の 2: 配偶者 3: 子ども 4: 両親 5: 兄弟姉妹 6: 親類の親族 7: 使用人

記入内容を訂正する場合は二重線を引き訂正署名のうえ、正しい内容をご記入ください。

※「加入申込書兼健康状態告知書」は記入要領用のものであり、配付されたものと内容が異なる場合があります。

- 加入申込日をご記入ください。
- 加入者氏名(漢字・フリガナ)をご署名ください。
- 既に入力されている方は、該当する区分に○をしてください。  
加入内容に変更のない場合は、ご提出不要です。  
■加入内容の変更(加入タイプ変更等)一部脱退  
→継続する(変更あり)  
■脱退  
→継続しない
- 事業所名をカタカナでご記入ください。

- 【Aプラン・Bプラン】(減額)
- 訂正・変更がある部分のみご記入ください。

- 【オプション】(減額)
- 訂正・変更がある部分のみご記入ください。(変更により補償が増額となる場合は増額の記入例をご覧ください)

令和7年10月1日以降始期契約に使用

告知の内容が正しくないと、ご契約が解除され保険金をお支払いできない場合があります。以下の説明をすべてご確認・ご理解のうえ正しい告知をお願いします。

※本紙はお客さまご自身で確認するための帳票です。ご提出の必要はありません。
※「加入申込票兼被保険者明細書の写し」と「健康状態告知についてのご案内」(本紙)、
「重要事項のご説明」はお客さまの控えとなりますので、大切に保管してください。

1 告知の重要性
健康状態告知は公平な保険契約の引受判断のための重要な事項であるため、必ず被保険者ご本人が、「事実を」「ありのまま」「もれなく」お答えください。

2 正しく告知しなかった場合の取扱い
告知する事項は別紙「健康状態告知書質問事項」に記載しています。もし、故意または重大な過失によって、これらについて事実を告知しなかったり、事実と異なることを告知した場合、告知を受領した保険契約の保険期間の開始時(補償の開始時)から1年以内であれば、引受保険会社は「告知義務違反」としてご契約を解除することがあります。

告知義務違反によりご契約が解除された場合
「詐欺による取消し」となった場合
○ 解除後の補償はなくなり、たとえ保険金支払事由が発生していても保険金をお支払いすることはできません。

3 書面によるご回答のお願い
質問事項へのご回答は、保険会社の引受判断上、重要な事項のため、取扱代理店への口頭によるご回答ではなく、書面にてご回答くださいますようお願いいたします。

4 傷病歴等を告知した場合の取扱い
引受保険会社では、ご加入者間の公平性を保つため、お客さまのお身体の状態すなわち保険金等のお支払いが発生するリスクに応じた引受対応を行っています。

5 告知内容を確認させていただく場合があります。
お申込み後または保険金請求の際、告知内容について確認させていただく場合があります。

6 お客さまによるご契約内容の確認について
ご加入後、加入内容について記載した「加入者証」または「加入申込書の写し」で告知内容に誤りがないかをご確認をお願いします。

7 健康に関する告知が必要な方
健康状態告知書質問事項回答欄に回答いただく必要のある方は、以下のいずれかに該当する方です。
● 今回新たに加入する方 ● 継続して加入する際に、補償内容を拡大する契約条件の変更(注)を行う方

新たに加入する方、補償内容を拡大する契約条件の変更を行う方のおいでも、ご加入の補償パターンに応じて告知をいただきますようお願いいたします。

Table with 6 columns: パターン, 疾病の補償(注1), がんの補償(注2), 本人介護の補償(注3), 質問1, 質問2, 質問3. Rows 1-8.

(注1) 疾病補償特約、所得補償特約、医療費用補償特約、先進医療費用保険金補償特約、八大疾病一時金補償特約、葬祭費用補償特約、CT・MRI検査一時金補償特約(注4)、セカンドオピニオン費用補償特約(注4)をいいます。

8 再告知の取扱い
令和5年9月30日以前始期の契約から加入いただいているお客さまは、特定疾病等を補償対象外とする条件で加入されている場合があります。

9 その他の注意事項
被保険者ご本人が正しく告知をした場合でも、加入初年度契約の保険期間の開始日より前にケガ、病気または要介護状態の原因となった事由が生じた場合は、引受保険会社は保険金をお支払いできません。

健康状態告知書質問事項、回答欄記入例

疾病の補償(注1)、がんの補償(注2)、介護の補償(注3)のいずれかに新たにお申し込みいただく方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事項につきご回答ください。

ご注意
・健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。また、ご加入される補償パターンに応じてご回答ください。

疾病の補償
告知対象外となるケガ・病気一覧
●ケガ(ただし、以下については、病気として告知対象となります) ●正常分娩
脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊管狭窄症、椎間板障害、腰椎分離・すべり症、脊椎分離・すべり症、突発性腰痛症(ギックリ腰)、半月板損傷、ばね指(手指屈筋腱鞘炎)、骨関節炎、関節内障、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

質問1 疾病の補償
「がんの補償」のみの方は回答不要です。質問2の①をご回答ください。
● 次のいずれかに該当しますか。
①告知日(ご記入日)現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等\*をすめられている。
②告知日(ご記入日)より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。

質問2 疾病の補償
「がんの補償」のみの方は①についてのみご回答ください。
●告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査\*・治療(投薬を含みます)を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。
①「がん」、「上皮内がん」
②「糖尿病」、「高血圧症」、「耐糖能異常」
③「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」

回答欄記入例
回答が「いいえ」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者ご署名欄」に告知日を記入のうえ、署名してください。

介護の補償
●介護一時金支払特約は、被保険者ご本人がご回答ください。
●親介護一時金支払特約は、特約被保険者となる方に被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、被保険者ご本人が特約被保険者の健康状態を回答してください。

質問3 介護一時金支払特約
質問4 親介護一時金支払特約
質問5 親の介護による休業補償特約
● 病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。

Table with 3 columns: 脳血管系, 心臓系, 呼吸器系, 腎臓系. Lists various medical conditions.

(注1) 具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によります。

(注2) 告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)において規定する指定難病を含みます。

回答欄記入例
「がんの補償」のみの方は質問2のみご回答ください。
「介護一時金支払特約」にご加入の方は質問3をご回答ください。
再告知のうえ、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂正印をしてください。

# 「特定疾病等対象外欄」にコード等の記載がある方へ

保険申込書または加入申込票の「特定疾病等対象外欄」にコード等が印字されている場合の補償対象外となる疾病の範囲は下表のとおりです。

## 1. 「疾病コード」欄に下記の「A1」～「Y5」のコードが印字されている場合 下表のコードの横に★が記載された項目は、該当のコードに属する病気・症状の他、その分類に関わるあらゆる病気・症状が補償対象外となっています。

A1 A2	脳・循環器系の疾病	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓、脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など) ●脳腫瘍 ●狭心症 ●動脈硬化症 ●心臓弁膜症 ●動脈狭窄症 ●心筋症 ●動脈瘤 ●心不全 ●心筋こうそく ●高血圧症(医師の治療を受けている場合、または治療を受けていない場合でも最低血圧110ミリ以上の場合) ●高脂血症・脂質異常症(高コレステロール血症を含みます) ●不整脈(心房・心室細動、心房頻拍、脚ブロックなど) ●先天性心疾患(心房・心室中隔欠損症、動脈管閉存症、大動脈縮窄症、ファロー四徴症など)	F4	腎臓・泌尿器	●慢性腎炎 ●腎不全 ●急性腎炎 ●腎うた ●ネフローゼ ●腎臓のがん ●腎臓・膀胱・尿路などの結石
A3	脳・循環器系の疾病	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓) ●脳腫瘍 ●心筋梗塞 ●狭心症 ●動脈硬化症 ●心臓弁膜症 ●心筋症 ●心不全 ●動脈瘤 ●先天性心疾患 ●高血圧症 ●不整脈	F5 ★	腎臓・泌尿器系	●慢性腎不全 ●ネフローゼ ●腎性高血圧症 ●腎臓結石 ●尿路結石 ●尿管結石 ●膀胱結石 ●急性腎炎 ●慢性腎炎 ●尿毒症 ●のう胞腎 ●腎結核 ●腎うた ●膀胱炎 ●尿道炎 ●前立腺炎 ●前立腺肥大症
A4	循環器	●脳卒中 ●脳出血 ●脳梗塞 ●脳軟化 ●心臓弁膜症 ●心筋梗塞 ●狭心症 ●脳血栓 ●動脈硬化症 ●動脈閉塞症 ●高血圧症	F6	腎臓、泌尿器の病気	●腎臓・泌尿器のがん ●腎不全 ●尿毒症 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●腎炎 ●腎うた ●膀胱炎 ●腎臓・膀胱・尿路の結石
A5 ★	循環器系・神経系	●脳卒中(脳出血、脳血栓、くも膜下出血、脳こうそく、脳塞栓、失語症) ●心筋こうそく ●心臓弁膜症 ●心筋症 ●心不全 ●狭心症 ●先天性心臓病 ●心室細動 ●冠不全 ●動脈硬化症 ●脳炎 ●脳膜炎 ●髄膜炎 ●不整脈 ●動脈瘤 ●高血圧症(最高血圧160mmHg以上または最低血圧95mmHg以上) ●低血圧症(最高血圧100mmHg未満)	G5 ★	内分泌・代謝系	●糖尿病 ●甲状腺の病気
A6	循環器の病気	●脳卒中 ●脳軟化 ●脳出血 ●くも膜下出血 ●脳血栓 ●脳塞栓 ●心筋こうそく ●狭心症 ●心臓弁膜症 ●心不全 ●心筋炎 ●高血圧症 ●低血圧症 ●動脈硬化症	H1 H2	婦人科系の疾病	●子宮がん ●卵巣がん ●子宮筋腫 ●子宮内膜炎 ●子宮腺筋症 ●子宮頸部異形成 ●卵巣のう腫
C1 C2	消化器系の疾病	●胃・腸のがん ●食道がん ●かいよう性大腸炎 ●クローン病 ●胃・腸のかいようまたはポリープ	H3	乳房・子宮・卵巣の疾病	●子宮がん ●乳がん ●卵巣がん ●子宮筋腫 ●子宮内膜炎 ●卵巣のう腫 ●乳腺症
C3	消化器系の疾病	●胃・腸のがん ●腹膜炎 ●食道がん ●胃腸炎 ●かいよう性大腸炎 ●大腸炎 ●クローン病 ●胃・腸のかいようまたはポリープ	H4	婦人病	●子宮がん ●子宮筋腫
C4	胃腸	●胃や腸のがん ●食道がん ●胃や腸のかいようまたはポリープ ●腹膜炎	H5 ★	婦人科系	●子宮筋腫 ●子宮内膜炎 ●子宮腺筋症 ●子宮頸管炎 ●子宮付属器炎 ●卵巣のう腫
C5 ★	消化管系	●かいよう性大腸炎 ●クローン病 ●胃腸炎 ●胃かいよう ●大腸炎 ●腸閉塞(イレウス) ●腹膜炎 ●腸のかいよう ●食道狭窄 ●十二指腸かいよう	J5 ★	眼科系	●白内障 ●緑内障 ●網膜、角膜の病気
C6	胃腸管関係の病気	●胃腸のがん ●食道がん ●慢性胃腸炎 ●腸閉塞 ●腸管癒着症 ●慢性虫垂炎 ●腹膜炎 ●胃腸のポリープ ●胃腸のかいよう ●幽門狭窄 ●食道狭窄	M2	肝臓系の疾病 胆のう・すい臓系の疾病	●肝臓のがん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎 ●急性肝炎 ●肝肥大 ●黄疸 ●胆のう・すい臓のがん ●すい炎 ●胆のうポリープ ●胆のう炎 ●胆石(症) ●胆管結石
D1	肝臓系の疾病	●肝臓のがん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎 ●急性肝炎 ●肝肥大 ●黄疸	M3	肝臓、胆のう・すい臓の疾病	●肝臓、胆のう・すい臓のがん ●肝硬変 ●B型肝炎 ●C型肝炎 ●慢性肝炎 ●急性肝炎 ●すい炎 ●胆石(症) ●胆のう炎 ●肝肥大 ●黄疸
D5 ★	肝臓系	●食道静脈瘤 ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎 ●急性肝炎 ●A型肝炎 ●肝機能障害 ●黄疸	M4	肝臓、胆のう・すい臓	●肝臓、胆のう・すい臓のがん ●肝硬変 ●胆石 ●肝炎 ●肝肥大 ●胆のう炎 ●すい臓炎
E1	胆のう・すい臓系の疾病	●胆のう・すい臓のがん ●すい炎 ●胆のうポリープ ●胆のう炎 ●胆石(症) ●胆管結石	M6	肝臓、胆のう、すい臓の病気	●肝臓、胆のう・すい臓のがん ●肝硬変 ●肝炎 ●肝肥大 ●黄疸 ●胆のう炎 ●胆石 ●すい臓炎
E5 ★	胆のう・すい臓系	●胆石 ●胆のう炎 ●すい炎	X1 X2	呼吸器系の疾病	●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺炎腫 ●間質性肺炎 ●肺線維症 ●気管支ぜん息 ●肺炎 ●じん肺 ●けい肺 ●肺のう胞 ●自然気胸 ●慢性気管支炎 ●気管支拡張症 ●胸膜炎(肋膜炎)
F1 F2	腎臓・泌尿器系の疾病	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腎 ●尿毒症 ●急性腎不全 ●急性腎炎 ●腎うた ●腎臓・膀胱・尿路などの結石 ●前立腺肥大症	X3	呼吸器系の疾病	●肺がん ●間質性肺炎 ●気管支ぜん息 ●肋膜炎 ●結核 ●肺のう胞 ●肺線維症 ●塵肺 ●慢性気管支炎 ●気管支拡張症 ●自然気胸 ●珪肺 ●咽頭がん ●肺炎 ●肺炎腫
F3	腎臓・泌尿器の疾病	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎炎 ●急性腎炎 ●ネフローゼ ●慢性腎不全 ●尿毒症 ●のう胞腎 ●腎うた ●腎臓・膀胱・尿路などの結石	X4	肺・気管支	●結核 ●肋膜炎 ●肺がん ●慢性気管支炎 ●ぜんそく ●肺炎腫
			X5 ★	呼吸器系	●肺性心 ●気管支拡張症 ●慢性気管支炎 ●間質性肺炎 ●肺結核 ●自然気胸 ●けい肺 ●膿胸 ●肺炎腫 ●肺炎 ●じん肺 ●肺梗塞 ●肺のう胞 ●ぜんそく ●肺化膿症(肺膿瘍) ●胸膜炎(肋膜炎)
			X6	呼吸器の病気	●肺がん ●ぜんそく ●結核 ●肋膜炎 ●肺炎腫 ●慢性気管支炎 ●気管支拡張症 ●肺化膿症 ●肺炎
			Y1	骨・筋肉の疾病	●リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患) ●脊椎カリエス ●後縦靭帯骨化症 ●筋ジストロフィー症 ●重症筋無力症 ●関節炎 ●骨髄炎 ●神経痛 ●頸肩腕症候群
			Y5 ★	骨・筋肉	

## 2. 「疾病コード」欄に下記の「62」～「99」のコードが印字されている場合 該当の病気・症状(コード番号)が補償対象外となっています。

コード番号					
62：乳腺症	63：異常妊娠・帝王切開・鉗子分娩・その他の異常分娩	64：妊娠・分娩に伴う病気・症状(帝王切開を含みます)	67：白内障	68：緑内障	69：椎間板ヘルニア
70：腰痛症(ぎっくり腰など)	71：椎間板ヘルニア・腰痛(ぎっくり腰を含みます)	72：頸椎捻挫(むちうち症)	74：神経痛	75：関節リウマチ	77：慢性副鼻腔炎(蓄膿症)・慢性中耳炎
78：メニエール病・めまい	79：メニエール病	80：梅毒などの性病	81：梅毒・淋病	82：自律神経失調症	83：悪性貧血
84：痔・脱肛	86：高脂血症	87：痛風	88：てんかん	89：貧血症	90：([疾病・症状名]欄に記載RO：された病気・症状)
91：痔疾	92：蓄膿症	93：中耳炎	94：骨髄炎	95：パセドウ病	96：頭部外傷による後遺症
97：腸閉塞	98：職業病	99：補償開始日から1年以内に発病した妊娠・分娩に伴う病気・症状			

## 3. 「疾病・症状名」欄に疾病名が印字されている場合

印字された病気・症状が補償対象外となっています。

(例)

過去の健康状態告知内容	
特定疾病等対象外欄(再告知の場合要削除)	
疾病コード	R0
疾病・症状名 カナ	
コウジョウセンキノウテイカショウ	