

〈全中連〉

2023年度

# 所得補償 サポートプラン

団体割引

5%

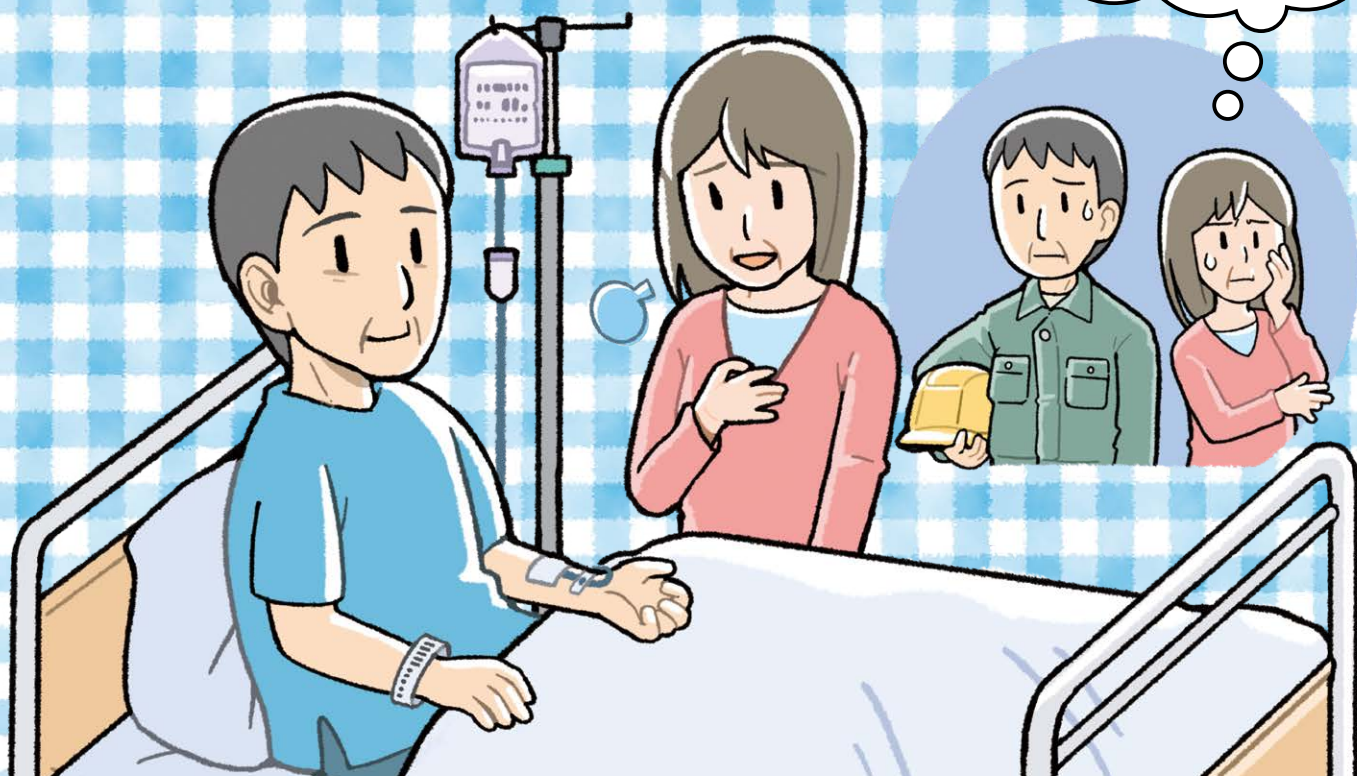
— 所得補償保険のおすすめ —

事業者さま

← どちらも加入が可能!! →

一人親方

もし病気やケガで  
働けなくなったら  
どうしよう…



## 加入要領

- 加入対象者 …… (一社)全国中小建設工事業団体連合会の会員
- 保険期間 …… 2023年8月1日午後4時から2024年8月1日午後4時まで《1年間》
- お申込み(新規) …… 全中連本部まで(2023年6月30日(金)締切)  
※更新についてはパンフレット4ページを参照ください。
- 中途加入日 …… 毎月1日までのお申込みについて、  
翌月1日から、2024年8月1日までが保険期間となります。

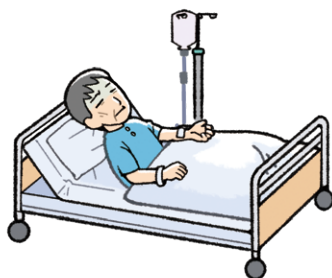
# 病気やケガによる就業不能中の月

保険金のお支払方法等重要な事項は、『この保険のあらまし』以降に記載されていますので、必ずご参照ください。

## こんな時にお役に立ちます

### 1 病気・ケガで入院、医師の指示による自宅療養中の月々の所得を補償します。

- 入院、医師の指示による自宅療養のため、業務にまったく従事できない場合の所得を補償します。
- 所得とは、勤労によって得られる所得をいいます(利息収入等は含まれません)。



病気による入院



ケガによる入院



医師の指示による自宅療養

### 2 世界中・24時間いつでも補償します。

- 業務中・業務外、国内・国外、病気・ケガを問わず就業不能になった場合に補償します。



### 3 最長1年間の長期補償、長期の継続も可能です。

- 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。

※1 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。

※2 対象期間を超えた就業不能はお支払いの対象となりません。

- 通算して1,000日分保険金を受け取られるまでご契約を継続できます。



### 4 医師の診査は不要です。

- 所定の告知書の質問事項にお答えいただくのみで医師の診査は不要です。

※告知内容によっては、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。

### 5 団体割引5%、個人で加入されるよりもお得です。

# 々の所得を補償します。

## 保険の概要

- 補償内容**……………保険の対象となる方が保険期間中に病気またはケガにより就業不能となった場合に保険金をお支払いします。  
保険のお支払方法等重要な事項は、5ページの「この保険のあらまし」以降にされていますので、必ずご参照ください。
- 保険期間**……………(1) 2023年8月1日午後4時から1年間〈翌年度以降自動更新〉  
(2) 中途加入はいつからでも可能です。
- 中途加入**……………中途加入の場合の申込締切日は毎月1日です。その場合の保険開始日は翌月1日です。

## ご加入コース (保険金額)

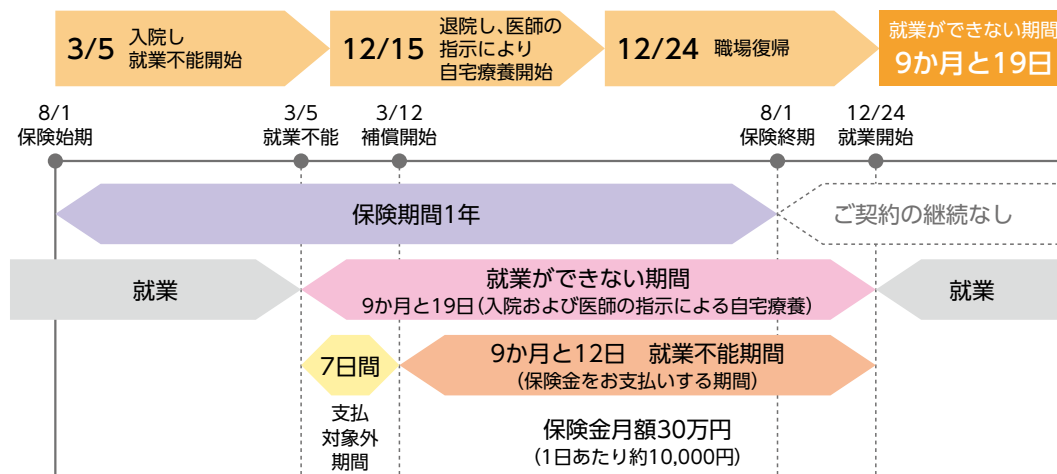
補償内容	コース名		
	A1・A2コース	B1・B2コース	C1・C2コース
病気・ケガで就業不能のとき (所得補償保険金額)	1か月につき <b>10万円</b>	1か月につき <b>20万円</b>	1か月につき <b>30万円</b>

## お支払いする保険金は(C1コースの場合)

### 基本補償

### 保険期間中の病気やケガで就業不能のとき

例：40歳でC1コースにご加入のAさんが、3月5日から12月23日(9か月と19日)働けなくなった場合  
保険金月額30万円(1日あたり約10,000円)の補償



●就業不能期間(保険金をお支払いする期間)：支払対象外期間7日間を差し引いた9か月と12日間

●お支払いする保険金： 30万円 × ( 9か月 +  $\frac{12}{30}$ 日 ) = 282万円

※保険期間中に傷害または疾病によって就業不能になったとき、支払対象外期間(7日間)を超える就業不能期間1か月につき保険金をお支払いします。(死亡した後、または治癒した後は保険金は支払われません。)

※就業不能期間が1か月に満たない場合は、1か月を30日として所得補償保険金額を日割計算します。

※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<sup>(※)</sup>および継続加入の保険期間を計算して1,000日を限度とします。なお、初年度加入<sup>(※)</sup>および継続加入の保険期間を計算して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。



# ご加入コース(補償額〔保険金額〕：一時払保険料)一覧表

下記保険料のほかに、別途制度運営費2,000円(被保険者1名につき)がかかります。

(注)制度運営費とは、当該保険制度の運営に必要な事務手続費用等に充当するための費用です。

対象期間 1年  
支払対象外期間 7日

(保険期間1年、団体割引5%、一時払)

職種	補償内容	所得補償保険金額 (月額)	10万円	20万円	30万円
			コース名	A1	B1
現場従事者 (被保険者1名につき)	満15歳～満19歳		7,490円	14,980円	22,470円
	満20歳～満24歳		10,880円	21,760円	32,640円
	満25歳～満29歳		12,220円	24,440円	36,660円
	満30歳～満34歳		15,140円	30,280円	45,420円
	満35歳～満39歳		18,850円	37,700円	56,550円
	満40歳～満44歳		23,500円	47,000円	70,500円
	満45歳～満49歳		28,070円	56,140円	84,210円
	満50歳～満54歳		32,570円	65,140円	97,710円
	満55歳～満59歳		34,770円	69,540円	104,310円
	満60歳～満64歳		36,590円	73,180円	109,770円
	満65歳～満69歳		36,590円	73,180円	109,770円
コース名			A2	B2	C2
一般事務従事者 (被保険者1名につき)	満15歳～満19歳		5,520円	11,040円	16,560円
	満20歳～満24歳		8,040円	16,080円	24,120円
	満25歳～満29歳		9,070円	18,140円	27,210円
	満30歳～満34歳		11,200円	22,400円	33,600円
	満35歳～満39歳		13,960円	27,920円	41,880円
	満40歳～満44歳		17,430円	34,860円	52,290円
	満45歳～満49歳		20,820円	41,640円	62,460円
	満50歳～満54歳		24,130円	48,260円	72,390円
	満55歳～満59歳		25,780円	51,560円	77,340円
	満60歳～満64歳		27,120円	54,240円	81,360円
	満65歳～満69歳		27,120円	54,240円	81,360円

## ★職種級別

現場従事者……………基本補償 職種級別3級

一般事務従事者………基本補償 職種級別1級

★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。

★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、割引率が変更とな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。  
本保険は介護医療保険料控除の対象となります。(2023年2月現在)

## ◆中途加入の場合の保険料計算式

$$\text{中途加入者の年間適用保険料} \times \left( \frac{\text{未経過月数}}{12\text{か月}} \right) = \text{中途加入者の適用保険料}$$

(例)現場従事者(42歳)の方がA1プランに2月1日から加入希望の場合

$$23,500\text{円} \times \frac{6}{12} = 11,750\text{円}$$

中途加入者の適用保険料 = 11,750円

## 〈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。

# お手続きの流れ

新規でご加入される方

1

申込者さまが「新規加入・更新時プラン変更・脱退 依頼書」(P10掲載)に必要事項をご記入いただき、全中連本部にFAX。  
「新規加入・更新時プラン変更・脱退 依頼書」と「健康状態に関する告知書」原本を取扱代理店に提出ください。

**FAX : 03-5640-6055**

※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は、特別な条件付きでご加入いただく場合があります。

2

全中連本部より掛金(保険料+制度運営費)の請求書を申込者さまにFAX。

※FAX送信後、原本を送付いたします。

3

申込者さまが掛金(保険料+制度運営費)をお振込み

※振込手数料は申込者さまのご負担となります。

※振込にあたっては、請求書に記載されている法人・屋号名義でお振込みください。

4

全中連本部にて書類・入金確認を実施

**加入お手続き完了**

9月以降、順次全中連本部より加入者証を送付いたします。

<前年と同等条件プランで更新の場合>

1

お手続きは不要です。(自動更新)

<脱退や前年からプランを変更する場合(6月9日(金)締切)>

1

申込者さまが「新規加入・更新時プラン変更・脱退 依頼書」(P10掲載)に必要事項をご記入いただき、全中連本部にFAX。  
「新規加入・更新時プラン変更・脱退 依頼書」と「健康状態に関する告知書」原本を取扱代理店に提出ください。

**FAX : 03-5640-6055**

※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は、特別な条件付きでご加入いただく場合があります。

2

6月中旬以降、全中連本部より掛金(保険料+制度運営費)の請求書を申込者さまにFAX。

※FAX送信後、原本を送付いたします。

3

申込者さまが掛金(保険料+制度運営費)をお振込み

※振込手数料は申込者さまのご負担となります。

※振込にあたっては、請求書に記載されている法人・屋号名義でお振込みください。

4

全中連本部にて書類・入金確認を実施

**加入お手続き完了**

9月以降、順次全中連本部より加入者証を送付いたします。

契約更新のお手続き

脱退のお手続き

1

申込者さまが「新規加入・更新時プラン変更・脱退 依頼書」(P10掲載)に必要事項をご記入いただき、全中連本部にFAX。  
原本は取扱代理店に提出ください。

**FAX : 03-5640-6055**

2

その後の手続きや返戻金が発生する場合の返金先の確認などについて、

取扱代理店よりご連絡いたします。

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。】

## この保険のあらまし (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 : 一般社団法人 全国中小建設工業団体連合会(全中連)
- 保険期間 : 2023年8月1日午後4時から1年間となります。
- 申込締切日 : 2023年6月30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 : 全中連会員組合に所属されている事業者の皆さま(会員)
- 被保険者 : 会員または会員事務所にお勤めの方(新規加入の場合、満15歳以上満69歳以下で有職の方(継続加入の場合も満69歳以下の方)にかぎりませう。)
- お支払方法 : 全中連本部により発送される請求書に記載の振込先にご入金ください。
- お支払方法 : 下表のとおり必要書類にご記入のうえ、ご加入窓口の取扱代理店までご送付ください。

ご加入対象者	お支払方法
新規加入者の皆さま	添付の「新規加入・更新時プラン変更・脱退 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	書類のご提出は不要です。
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	
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 <sup>※1</sup>	前年と条件を変更する旨を記載した「加入依頼書」、「告知書」 <sup>※2</sup> をご提出いただきます。 ※2告知書は、保険金額を増額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「新規加入・更新時プラン変更・脱退 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等は取扱代理店までお問い合わせください。

- 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1日までの受付分は受付日の翌月1日(1日過ぎの受付分は翌々月1日)から2024年8月1日午後4時までとなります。  
保険料につきましては、全中連本部より発送される請求書に記載の振込先にご入金ください。
- 中途脱退 : この保険から脱退(解約)される場合は、ご加入窓口の全中連本部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。

## 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) (*)	次の計算式によって算出した金額をお支払いします。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 故意または重大な過失</li> <li>② 自殺行為、犯罪行為または闘争行為</li> <li>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。)</li> <li>④ 妊娠、出産、産後または流産</li> <li>⑤ 戦争、外国の武力行使、暴動(テロ行為<sup>※1</sup>)を除きます。)、核燃料物質等によるもの</li> <li>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<sup>※2</sup>のないもの</li> </ul> </li> <li>● 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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>⑧ 地震、噴火またはこれらによる津波</li> </ul> </li> <li>● 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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>⑨ 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</li> <li>⑩ 妊娠または出産を原因とした就業不能 <ul style="list-style-type: none"> <li>(※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。</li> <li>(※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。</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
	$\text{お支払いする保険金の額} = \text{保険金額(月額)}^{(*)1} \times \text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)}^{(*)2} \div \text{月数}^{(*)3}$ $\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)}^{(*)2} = \text{就業ができない期間} - \text{支払対象外期間}$ <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)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<sup>(※)</sup>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<sup>(※)</sup>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。</p> <p>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>	

- (\*) 補償内容が同様のご契約<sup>(※1)</sup>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<sup>(※2)</sup>。
- (※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。

## その他ご注意いただきたいこと

- 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

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。

●基本補償の保険金額の設定について

- ・保険金額は、高額療養費制度等の公的保険制度(\*)を踏まえ設定してください。基本補償の保険金額は、ご加入直前12か月における所得の平均月間額の範囲内で、健康保険等の公的医療保険制度からの給付額等も考慮のうえ設定してください。
- (※)公的保険制度の概要につきましては、金融庁のホームページ(<https://www.fsa.go.jp/ordinary/insurance-portal.html>)等をご確認ください。
- ・他の保険契約等(※)にご加入の場合は、ご加入いただける保険金額を制限することがありますので、ご加入時にお申し出ください。
- (※)「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

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
共済組合(例:公務員)	40%以下

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。
傷害(ケガ)	急激かつ偶然な外来の事故によって被った身体の傷害をいい、この傷害には、身体外部から有毒ガスまたは有毒物質を偶然かつ一時に吸入、吸収した場合に急激に生ずる中毒症状を含みます。ただし、細菌性食中毒、ウイルス性食中毒は含みません。 ・「急激」とは、突発的に発生することであり、ケガの原因としての事故がゆるやかに発生するのではなく、原因となった事故から結果としてのケガまでの過程が直接的で時間的間隔のないことを意味します。 ・「偶然」とは、「原因の発生が偶然である」「結果の発生が偶然である」「原因・結果とも偶然である」のいずれかに該当する予知されない出来事をいいます。 ・「外来」とは、ケガの原因が被保険者の身体の外からの作用によることをいいます。 (注)靴ずれ、車酔い、熱中症、しもやけ等は、「急激かつ偶然な外来の事故」に該当しません。
所得	加入依頼書等記載の職業または職務を遂行することにより得られる給与所得、事業所得または雑所得に係る総収入金額から就業不能となることにより支出を免れる金額を控除したものをいいます。ただし、就業不能の発生にかかわらず得られる収入は除かれます。
身体障害	傷害(傷害の原因となった事故を含みます。)および疾病をあわせて身体障害といいます。 (※)骨髄採取手術を含みます。
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。

ご加入に際して、特にご注意ください(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(ご契約申込みの撤回等)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

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

- \*口頭でお話し、または資料提示されただけでは告知していただいたことにはなりません。
- \*告知事項について、事実を記入されなかった場合または事実と異なることを記入された場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
- \*損保ジャパンまたは取扱代理店は告知受領権を有しています。

●ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて1年以内に過去の傷病歴、現在の健康状態等について損保ジャパンに告知していただいた内容が不正確であることが判明した場合は、「告知義務違反」としてご契約が解除になることがあります。また、ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて1年を経過していても、ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて1年以内に「保険金の支払事由」が発生していた場合は、ご契約が解除になることがあります。

(※)保険金額の増額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）（続き）

- 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特別な条件を付せ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た部分も、特別な条件付きでご加入となります。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<sup>(※1)</sup>より前に発病<sup>(※2)</sup>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<sup>(※1)</sup>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。

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。
  - 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せ。）を解除することを求めることができます。  
 お手続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時に始まります。  
 \*中途加入の場合は、毎月1日までの受付分は受付日の翌月1日（1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、図面(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
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 <sup>(※)</sup> 、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) 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することができます。
- 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。
- 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。なお、脱退（解約）に際しては、加入時の条件により、ご加入の保険期間のうち未経過であった期間（保険期間のうちいまだ過ぎていない期間）の保険料を返れいする場合があります。

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

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ください。
- 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。



# 告知書記入例

・必要事項を黒のボールペンを使用して、横書きで記入ください。  
 ・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> ~ (4) および (6) 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> <1> ~ (6) については、女性の方のみご記入ください。  
 ② <1> <4> で「はい」の方は<2>をご確認のうえ、○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>までをご確認のうえ、<4>に告知日をご記入、ご署名ください。

損害保険ジャパン株式会社 宛

所得補償保険「健康状態に関する告知書」

[9.05]

証券番号

<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。質問事項への回答がすべて「はい」であれば、特別な条件を付けずにご記入いただけます。  
 ※本告知書は加入保険者本人が記入し、ご署名を捺印してご提出ください。ご記入後、ご署名を捺印し、ご提出ください。  
 ※本告知書は加入保険者本人が記入し、ご署名を捺印してご提出ください。ご記入後、ご署名を捺印し、ご提出ください。

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、またはお仕事を中断している状態ですか。 <small>(家事従事者特約セグメントの場合)告知日現在、主として家庭において家事・掃除・烹調および育児等の家事を行っている状態ですか。</small>	<input type="radio"/> はい	はいの方はご記入いただけません。
(2) 告知日現在、入院中ですか。 <small>告知日から過去2年以内は、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病、検査、治療または投薬を受けたことのある方はご記入ください。</small>	<input type="radio"/> はい	はいの方はご記入いただけません。
(3) 告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病、検査、治療または投薬を受けたことのある方はご記入ください。 <small>告知日から過去2年以内は、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病、検査、治療または投薬を受けたことのある方はご記入ください。</small>	<input type="radio"/> はい	はいの方はご記入いただけません。
(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、検査、治療または投薬を受けたことのある方はご記入ください。 <small>告知日から過去2年以内は、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病、検査、治療または投薬を受けたことのある方はご記入ください。</small>	<input type="radio"/> はい	はいの方はご記入いただけません。
(5) 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、検査、治療または投薬を受けたことのある方はご記入ください。 <small>告知日から過去2年以内は、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病、検査、治療または投薬を受けたことのある方はご記入ください。</small>	<input type="radio"/> はい	はいの方はご記入いただけません。
(6) 女性の方のみご回答ください。 <small>告知日現在、妊娠中ですか。</small>	<input type="radio"/> はい	はいの方はご記入いただけません。

<2> <1>の(4)で「はい」の方は「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。  
 ※本告知書は加入保険者本人が記入し、ご署名を捺印してご提出ください。ご記入後、ご署名を捺印し、ご提出ください。

<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、以下の特約がすべて適用されます。補償対象外とする疾病等が疾病した場合は、補償対象とする疾病・症状については、保険金を支払いません。

疾病群	I欄	II欄
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)	胃がん(胃切除) 胆嚢炎(胆嚢炎) 胆管炎(胆管炎) 胆嚢がん(胆嚢がん) 胆管がん(胆管がん) 胆嚢がん(胆嚢がん) 胆管がん(胆管がん)
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(急性肝炎) 慢性肝炎(慢性肝炎) 肝臓がん(肝臓がん) すい臓がん(すい臓がん) 胆嚢がん(胆嚢がん) 胆管がん(胆管がん)
C群 腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 ネフローゼ 腎不全	慢性腎炎(慢性腎炎) 急性腎炎(急性腎炎) 腎臓がん(腎臓がん) 腎臓がん(腎臓がん) 腎臓がん(腎臓がん) 腎臓がん(腎臓がん)
D群 気管支・肺の疾病	結核 肺腫瘍 慢性気管支炎 COPD(慢性気管支炎・肺気腫など)	結核(結核) 肺腫瘍(肺腫瘍) 慢性気管支炎(慢性気管支炎) COPD(慢性気管支炎・肺気腫など)
E群 脳血管・循環器の疾病	脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳梗塞)・くも膜下出血) 心臓弁膜症 心筋梗塞 心動脈硬化症 動脈硬化症	脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳梗塞)・くも膜下出血) 心臓弁膜症(心臓弁膜症) 心筋梗塞(心筋梗塞) 心動脈硬化症(心動脈硬化症) 動脈硬化症(動脈硬化症)
F群 脚・骨柱の疾病	骨のしこり性疾患	骨のしこり性疾患(骨のしこり性疾患)
H群 眼の疾病	糖尿病性網膜症(糖尿病性網膜症) 緑内障(緑内障) 白内障(白内障) 網膜剥離(網膜剥離)	糖尿病性網膜症(糖尿病性網膜症) 緑内障(緑内障) 白内障(白内障) 網膜剥離(網膜剥離)
J群 ご本人の疾病	糖尿病(糖尿病) 高血圧症(高血圧症) 脂質異常症(脂質異常症) 慢性腎臓病(慢性腎臓病) 慢性気管支炎(慢性気管支炎) COPD(慢性気管支炎・肺気腫など) がん(がん) 脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳梗塞)・くも膜下出血) 心臓弁膜症(心臓弁膜症) 心筋梗塞(心筋梗塞) 心動脈硬化症(心動脈硬化症) 動脈硬化症(動脈硬化症)	糖尿病(糖尿病) 高血圧症(高血圧症) 脂質異常症(脂質異常症) 慢性腎臓病(慢性腎臓病) 慢性気管支炎(慢性気管支炎) COPD(慢性気管支炎・肺気腫など) がん(がん) 脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳梗塞)・くも膜下出血) 心臓弁膜症(心臓弁膜症) 心筋梗塞(心筋梗塞) 心動脈硬化症(心動脈硬化症) 動脈硬化症(動脈硬化症)
Z群 その他	糖尿病(糖尿病) 高血圧症(高血圧症) 脂質異常症(脂質異常症) 慢性腎臓病(慢性腎臓病) 慢性気管支炎(慢性気管支炎) COPD(慢性気管支炎・肺気腫など) がん(がん) 脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳梗塞)・くも膜下出血) 心臓弁膜症(心臓弁膜症) 心筋梗塞(心筋梗塞) 心動脈硬化症(心動脈硬化症) 動脈硬化症(動脈硬化症)	糖尿病(糖尿病) 高血圧症(高血圧症) 脂質異常症(脂質異常症) 慢性腎臓病(慢性腎臓病) 慢性気管支炎(慢性気管支炎) COPD(慢性気管支炎・肺気腫など) がん(がん) 脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳梗塞)・くも膜下出血) 心臓弁膜症(心臓弁膜症) 心筋梗塞(心筋梗塞) 心動脈硬化症(心動脈硬化症) 動脈硬化症(動脈硬化症)

<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。  
 ※本告知書は加入保険者本人が記入し、ご署名を捺印してご提出ください。ご記入後、ご署名を捺印し、ご提出ください。

<1> <(3)> <(4)> について  
 (注1) 「医師の診察、検査、治療または投薬」には、入院(※1)・手術(※2)・投薬をすめられること、日常の生活指導・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」「ファイバーコップまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」「新生物根治放射線照射」等を含みます。  
 (※3) 「悪性新生物をい」「上皮内新生物」「肉腫」「白血病」「悪性リンパ腫」等の悪性しゅようを含みます。  
 (注2) 健康診断・がん検診・人間ドック(以下「健康診断等」といいます)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、医師の診察を受けられたち、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は、本質問事項を「いいえ」とご回答ください。

<1> <(4)> について  
 「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記入できません。

告知日(ご記入日)を必ずご記入ください。

ご署名ください。

次の事項には、特にご注意ください。  
 ・高血圧症と診断される以外に、血圧降下剤を服用されている場合に、ポリプや子宮筋腫などを指摘された後、すぐに治療の必要がないため、2年以上以内に治療や通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象となります。  
 ・白内障の予防目的で目を点眼することも「医師の対象になります。たは投薬」に該当し、告知の対象となります。

代理告知(団体契約のみ)の場合には、代理告知をされる方が、被保険者(保険の対象となる方)の健康状態等をご確認のうえ、以下をご記入ください。  
 ①「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入ください。  
 ②「代理告知者署名」欄に被保険者との関係をご記入ください。

告知日 令和 5 年 4 月 1 日

被保険者 本人署名 代理告知者

損害保険ジャパン株式会社 宛

# 依頼書記入例

- 1 申込日：FAXいただく日をご記入ください。
- 2 申込人情報：加入事業者の情報をご記入ください。
- 3 被保険者情報：被保険者様の情報をご記入ください。被保険者様ご本人がご署名ください。
- 4 加入・脱退期間：保険を開始する日付、もしくは保険を脱退される日付をご記入ください。
- 5 加入プラン：新規加入時、加入されるプランに○をご記入ください。
- 6 保険料：パンフレットP3の保険料表をご覧ください、該当する保険料をご記入ください。
- 7 掛金：保険料に制度運営費の2,000円を足した合計金額をご記入ください。
- 8 脱退：脱退される場合は○をご記入ください。
- 9 プラン変更：契約更新時、加入プランを変更したい場合は、現在加入プランと更新後加入プランをご記入ください。
- 10 保険料：パンフレットP3の保険料表をご覧ください、更新後の加入プランの保険料をご記入ください。
- 11 掛金：更新後保険料に制度運営費の2,000円を足した合計金額をご記入ください。

コピーまたは切り取ってご使用ください。 2023年8月

**FAX : 03-5640-6055**

FAX後、原本と「健康状態に関する告知書」は取扱代理店にご提出ください。

※告知書は新規時および契約更新時のプラン変更により保険金額が前年より増額する場合に提出が必要です。  
一般社団法人全国中小建設工事業団体連合会 宛て

## 【全中連】所得補償サポートプラン

新規加入・更新時プラン変更・脱退 依頼書

【取扱代理店】 株式会社 Wizman  
【引受保険会社】 損害保険ジャパン株式会社 御中

貴会社の所得補償保険の普通保険約款および特約条項を承認し、別紙告知事項が事実と相違ないことを確認し、団体所得補償保険への加入を依頼します。  
※必ず被保険者ご本人が記入のうえ、署名をお願いします。  
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。

1	申込日	20	23	年	6	月	8	日
---	-----	----	----	---	---	---	---	---

◆申込人情報

事業所名	(フリガナ) ジャパンケンセツカブシキガイシャ <b>ジャパン建設株式会社</b>	所属団体 <b>(一社)北陸建設協会</b>
代表者名	(フリガナ) ソンポ タロウ <b>損保 太郎</b>	
住 所	(フリガナ) イシカワケンカナザワシセギマチ1チョウメ2-1 〒920-0001 <b>石川県金沢市千木町1丁目-2-1</b>	
TEL	<b>076-000-9999</b>	FAX <b>076-999-3333</b>
メールアドレス	<b>japan-kensetsu @ sompo.jp</b>	

◆被保険者情報

被保険者名(署名)	住 所
(フリガナ) ソンポ ジロウ <b>損保 次郎</b>	〒920-0002 <b>石川県金沢市疋田3丁目2-1</b>
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女         生年月日 西暦 <b>1977</b> 年 <b>4</b> 月 <b>18</b> 日         業種 <input checked="" type="radio"/> 現場従事者 <input type="radio"/> 事務職

◆お申込内容

加入期間	20 <b>23</b> 年 <b>8</b> 月 1 日 から 2024 年 8 月 1 日 まで
------	--

◆加入プラン

新規加入	現場従事者	○ <b>A1型</b>	○ B1型	○ C1型	
	事務職	○ A2型	○ B2型	○ C2型	

別紙「健康状態に関する告知書」にも、記入・捺印のうえ、1枚目のみ取扱代理店にご提出ください。

保険料(パンフレットP3)	28,070 円	+	制度運営費	2,000 円
掛金	<b>30,070 円</b>			

◆脱退

脱 退	○
-----	---

◆契約更新と同時のプラン変更の場合はこちらに記載ください。  
※契約更新時のみプラン変更が可能です。保険期間中のプラン変更はできませんのでご注意ください。

プラン変更	現在加入プラン	変更後加入プラン		更新後保険料(パンフレットP3)	円		制度運営費	2,000 円
	□ 型	□ 型		掛金	円			

変更後の保険金額が増額する場合は、別紙「健康状態に関する告知書」にも、記入・捺印のうえ、1枚目のみ取扱代理店にご提出ください。

担当営業店	代理店名(親代理店名)	サブコード名
〇〇支店△△支社	トータルサポート代理店	全中連・トータルサポート代理店
コード 1234		コード A1234 - 321

# FAX : 03-5640-6055

## FAX後、原本と「健康状態に関する告知書」は取扱代理店にご提出ください。

※告知書は新規時および契約更新時のプラン変更により保険金額が前年より増額する場合に提出が必要です。

一般社団法人全国中小建設工事業団体連合会 宛て

# 【全中連】所得補償サポートプラン

## 新規加入・更新時プラン変更・脱退 依頼書

【取扱代理店】 株式会社ワイズマン

【引受保険会社】 損害保険ジャパン株式会社 御中

貴会社の所得補償保険の普通保険約款および特約条項を承認し、別紙告知事項が事実と相違ないことを確認し、団体所得補償保険への加入を依頼します。

※必ず被保険者ご本人が記入のうえ、署名をお願いします。

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に同意します。

申込日	20	年		月		日
-----	----	---	--	---	--	---

### ◆申込人情報

事業所名	(フリガナ)	所属団体	
代表者名	(フリガナ)		
住所	(フリガナ)		
TEL		FAX	
メールアドレス	@		

### ◆被保険者情報

被保険者名(署名)	住所					
(フリガナ)						
性別	男・女	生年月日	西暦	年	月	日
業種	現場従事者・事務職					

### ◆お申込内容

加入期間	脱退期間	20	年		月	1	日	から	2024	年	8	月	1	日	まで
------	------	----	---	--	---	---	---	----	------	---	---	---	---	---	----

新規加入	加入プラン	保険料(パンフレットP3)	+	制度運営費
	現場従事者			
	事務職	A2型・B2型・C2型		
別紙「健康状態に関する告知書」にも、記入・捺印のうえ、1枚目のみ取扱代理店にご提出ください。		掛金		円

脱退	
----	--

### ◆契約更新同時のプラン変更の場合はこちらに記載ください。

※契約更新時のみプラン変更が可能です。保険期間中のプラン変更はできませんのでご注意ください。

プラン変更	現在加入プラン	変更後加入プラン	更新後保険料(パンフレットP3)	+	制度運営費
		型			
変更後の保険金額が増額する場合は、別紙「健康状態に関する告知書」にも、記入・捺印のうえ、1枚目のみ取扱代理店にご提出ください。		掛金		円	

担当営業店	代理店名(親代理店名)	サブコード名
コード		コード



## 【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。

- 補償の内容(保険金の種類)、セットされる特約
- 保険金額
- 保険期間
- 保険料、保険料払込方法
- 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をご確認ください)。

- 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・特約の可否をご判断ください。

- 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。
- 所得補償保険における基本補償の保険金額は、ご加入直前12か月における所得の平均月間額の範囲内となっている等、「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)

- 保険契約者 一般社団法人 全国中小建設工事業団体連合会(全中連)  
〒103-0027 東京都中央区日本橋3-14-1 新々会館9階 TEL 03-5651-7301 FAX 03-5640-6055
- 取扱幹事代理店 株式会社ワイズマン 東京支店  
〒103-0004 東京都中央区東日本橋3-11-11 Y'sビル7階 TEL 03-5623-6455 FAX 03-5623-6488  
(受付時間: 平日の午前9時から午後5時まで)
- 引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社 営業開発部 第一課  
〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1 TEL 03-3349-3322 FAX 03-6388-0155  
(受付時間: 平日の午前9時から午後5時まで)
- 指定紛争解決機関  
損保ジャパンは、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人 日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。損保ジャパンとの間で問題を解決できない場合は、一般社団法人 日本損害保険協会に解決の申し立てを行うことができます。  
一般社団法人日本損害保険協会 そんぽADRセンター  
【ナビダイヤル】 0570-022808 <通話料有料>  
受付時間: 平日の午前9時15分から午後5時まで(土・日・祝日・年末年始は休業)  
詳しくは、一般社団法人日本損害保険協会のホームページをご覧ください。(https://www.sonpo.or.jp/)
- 事故が起きた場合は、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・契約の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約款・ご契約のしおりを掲載していない商品もあります。)。ご不明点等がある場合には、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

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