

# 団体所得補償保険のご案内

病気やケガで働けなくなった場合の  
就業不能中の所得を  
補償します。

団体割引  
**20%**



**1** 入院中のみでなく医師の指示  
による自宅療養中も補償

**3** 無事故の場合  
保険料の20%を返れい

**2** 医師の診査が不要で  
加入手続きが簡単

**4** 満79歳まで新規加入OK

保険期間 2026年11月1日 午後4時から  
2027年11月1日 午後4時まで

募集締切日 2026年10月16日(金)

中途加入はいつでも  
受け付けています!!

取扱代理店

引受保険会社

有限会社ミック三重

損害保険ジャパン株式会社 三重支店 法人支社

〒514-0003 三重県津市桜橋2-191-4  
TEL 059-246-0010 FAX 059-246-0011  
受付時間:平日 午前9時から午後5時まで

〒514-0004 三重県津市栄町3-115  
TEL 050-3788-6378 FAX 059-226-5165  
受付時間:平日 午前9時から午後5時まで

# 病気やケガによる就業不能中の所得を補償します。

## 所得補償保険の特長と補償内容

特徴

万一、病気やケガで働けなくなった場合に、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。)

医師の診査は不要！  
告知書にてご加入手続きは簡単です。

告知書の提出が必要です。告知内容・過去の傷病歴等により、ご加入をお断りする場合があります。

業務中・業務外、国内・国外の病気・ケガを問わず補償します。

世界中で24時間補償、幅広い補償で安心です。天災（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の場合もOKです。

1年間無事故の場合、保険料の20%を無事故戻し返れい金としてお返しします。

保険期間途中で脱退（解約）された場合には、「無事故戻し返れい金」はお返しできません。

入院中のみでなく、医師の指示による自宅療養中も補償します。

入院・医師の指示に基づく自宅療養など、業務にまったく従事できない期間の所得を補償します。

団体割引20%を適用していますので、個人で加入されるよりも割安です。

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。

### 告知の大切さについてのご説明

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

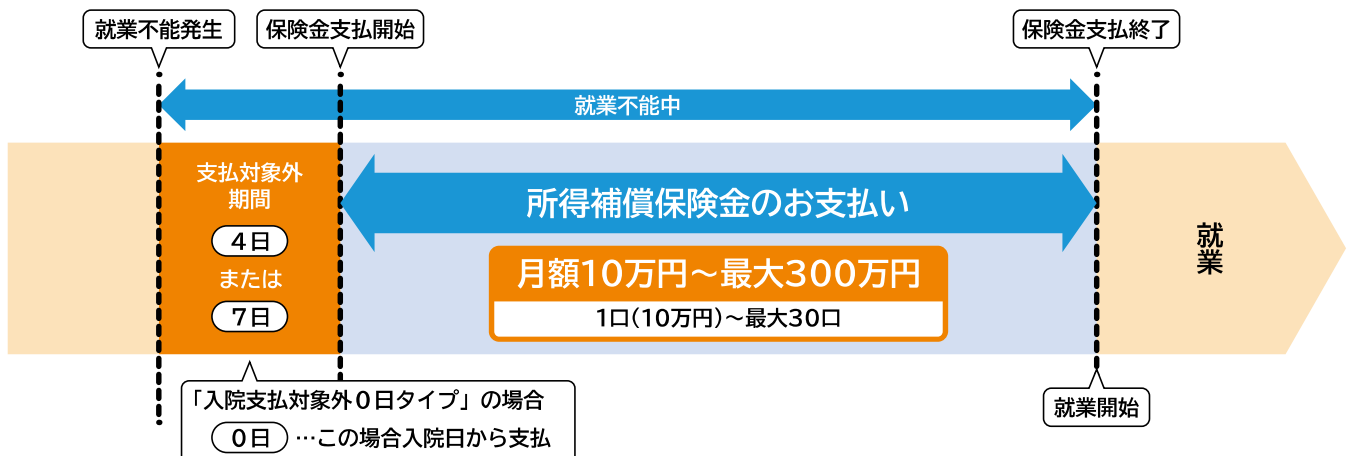
### ●ケガや病気による就業不能で休診したとき

- 支払対象外期間4日の場合：継続した就業不能が4日を超えた場合
- 支払対象外期間7日の場合：継続した就業不能が7日を超えた場合

支払対象外期間を超える就業不能期間につき  
所得補償保険金をお支払いします。

1口あたり月額10万円

### 所得補償保険(基本補償)のイメージ



※対象期間（支払期間）1年または2年

補償内容

# 保険金お支払例

ケース  
1

A先生は、交通事故で3日間入院し、退院後25日間自宅療養を行った。

A先生の加入内容

●基本…基本補償支払対象外期間7日タイプ（入院支払対象外0日） 10口（月額100万円）



基本補償

保険金支払期間 24日（支払対象外期間7日 入院3日+自宅21日）

支払保険金  $100\text{万円} \times (3\text{日} + 21\text{日}) / 30\text{日} = 80\text{万円}$

(注1) このご契約タイプでは、入院による就業不能は初日から補償されます。

(注2) 医師の指示による自宅療養も補償の対象となりますが、このケースでは支払対象外期間7日タイプのため入院初日から8日目からが補償の対象となります。

ケース  
2

B先生は、10月1日から6か月間病気で入院し（3月31日退院）、4月1日から復帰した。  
なお、11月1日から3月31日まで代診医師を月給40万円で雇い入れた。

B先生の加入内容

●基本…基本補償支払対象外期間4日タイプ 20口（月額200万円）

●オプション…代診費用特約（支払対象外期間30日）／月額50万円



基本補償

保険金支払期間 5か月と26日（支払対象外期間4日）

支払保険金  $200\text{万円} \times (5\text{か月} + 26\text{日} / 30\text{日}) = \text{約}1,173\text{万円}$

代診費用  
特約

保険金支払期間 5か月（支払対象外期間30日）

支払保険金  $40\text{万円} \times 5\text{か月} + \text{求人広告費} 10\text{万円} = 210\text{万円}$

※お支払いする保険金は、「保険金額×対象期間内における就業不能月数」を限度とします。

受取保険金合計

$\text{約}1,173\text{万円} + 210\text{万円} = \text{約}1,383\text{万円}$

(注) このご契約タイプでは「入院のみ支払対象外0日」を設定していないため、入院であっても最初の4日間は補償対象外となります。

ご注意

就業不能期間（支払対象外期間を除きます。）が1か月に満たない場合、または1か月未満の端日数が生じた場合には、1か月を30日として日割計算します。

# 所得補償保険保険料表

1 口当り保険料 (月払)

## 基本補償

※保険料は、保険始期日(中途加入の場合は、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。  
 ※本保険料は介護医療保険料控除の対象になります。(令和8年8月現在)

1口あたりの保険金

月額10万円

所得補償保険金

最高30口まで加入可。  
 ただし満70歳以上の方は20口まで、  
 満75歳以上の方は5口までです。

### ① 対象期間 1年プラン

●所得補償保険金月額…10万円  
 ●対象期間……………1年

●天災危険補償特約  
 ●精神障害拡張補償特約

職種級別 1級 保険期間 1年 団体割引 20% \*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)セット

| 支払対象外期間<br>カッコ内は入院による<br>就業不能時 | 4日(0日)*<br>入院のみ支払対象外<br>期間0日タイプ | 4日(4日) | 7日(0日)*<br>入院のみ支払対象外<br>期間0日タイプ | 7日(7日) |
|--------------------------------|---------------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| (満年齢) 25～29歳                   | 1,270円                          | 1,020円 | 1,130円                          | 890円   |
| 30～34歳                         | 1,480円                          | 1,270円 | 1,350円                          | 1,100円 |
| 35～39歳                         | 1,780円                          | 1,560円 | 1,650円                          | 1,370円 |
| 40～44歳                         | 2,150円                          | 1,940円 | 2,060円                          | 1,710円 |
| 45～49歳                         | 2,550円                          | 2,270円 | 2,480円                          | 2,040円 |
| 50～54歳                         | 2,950円                          | 2,610円 | 2,840円                          | 2,360円 |
| 55～59歳                         | 3,130円                          | 2,750円 | 3,000円                          | 2,500円 |
| 60～64歳                         | 3,240円                          | 2,820円 | 3,100円                          | 2,630円 |
| 65～69歳                         | 3,240円                          | 2,820円 | 3,100円                          | 2,630円 |
| 70～74歳                         | 4,960円                          | 4,310円 | 4,760円                          | 3,980円 |
| 75～79歳                         | 6,730円                          | 5,860円 | 6,460円                          | 5,370円 |

### ② 対象期間 2年プラン

●所得補償保険金月額…10万円  
 ●対象期間……………2年

●天災危険補償特約  
 ●精神障害拡張補償特約

職種級別 1級 保険期間 1年 団体割引 20% \*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)セット

| 支払対象外期間<br>カッコ内は入院による<br>就業不能時 | 4日(0日)*<br>入院のみ支払対象外<br>期間0日タイプ | 4日(4日) | 7日(0日)*<br>入院のみ支払対象外<br>期間0日タイプ | 7日(7日) |
|--------------------------------|---------------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| (満年齢) 25～29歳                   | 1,530円                          | 1,250円 | 1,360円                          | 1,080円 |
| 30～34歳                         | 1,830円                          | 1,560円 | 1,650円                          | 1,360円 |
| 35～39歳                         | 2,250円                          | 2,000円 | 2,130円                          | 1,780円 |
| 40～44歳                         | 2,810円                          | 2,550円 | 2,760円                          | 2,300円 |
| 45～49歳                         | 3,460円                          | 3,080円 | 3,370円                          | 2,770円 |
| 50～54歳                         | 4,020円                          | 3,560円 | 3,930円                          | 3,280円 |
| 55～59歳                         | 4,310円                          | 3,780円 | 4,180円                          | 3,520円 |
| 60～63歳                         | 4,530円                          | 3,940円 | 4,370円                          | 3,730円 |

# 所得補償保険保険料表

月払

## オプション① 代診費用特約 事業主費用補償特約

### 代診費用

就業不能となり、診療継続のため、代診医師を雇い入れるために要した費用(代診医師の給与、交通費、求人広告費)をお支払いします。

支払保険金は、「50万円×対象期間内における就業不能期間※の月数」を限度として、負担された実費をお支払いします。

※就業不能期間＝就業ができない期間－支払対象外期間(30日)

### 保険料 月払

- 対象期間……………1年
- 支払対象外期間…30日
- 天災危険補償特約
- 精神障害拡張補償特約

職種級別 1級

保険期間 1年

団体割引 20%

| 月額補償額 基本補償   | 50万円    |
|--------------|---------|
| (満年齢) 25～29歳 | 2,800円  |
| 30～34歳       | 3,600円  |
| 35～39歳       | 4,750円  |
| 40～44歳       | 6,300円  |
| 45～49歳       | 7,750円  |
| 50～54歳       | 9,150円  |
| 55～59歳       | 9,700円  |
| 60～64歳       | 10,300円 |
| 65～69歳       | 10,300円 |
| 70～74歳       | 15,750円 |
| 75～79歳       | 21,400円 |

代診費用特約をご希望の場合は基本補償の保険料に左記保険料を加算ください。

※保険料は、保険始期日(中途加入の場合は、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。

※事業主費用補償特約をセットするご契約は介護医療保険料控除の対象にはなりません。

## オプション② 事業主費用補償特約 事業主費用追加補償特約

### 代診費用 ⊕ 事業支出 固定費

代診医師費用に加え、就業不能中の従業員等への給与や手当、地代家賃や医療機器のレンタル料等の費用をお支払します。

※就業不能期間＝就業ができない期間－支払対象外期間(30日)

### 保険料 月払

- 対象期間……………1年
- 支払対象外期間…30日
- 天災危険補償特約
- 精神障害拡張補償特約

職種級別 1級

保険期間 1年

団体割引 20%

| 月額補償額 基本補償   | 代診費用50万円 + 50万円 | 代診費用50万円 + 100万円 |
|--------------|-----------------|------------------|
| (満年齢) 25～29歳 | 5,600円          | 8,400円           |
| 30～34歳       | 7,200円          | 10,800円          |
| 35～39歳       | 9,500円          | 14,250円          |
| 40～44歳       | 12,600円         | 18,900円          |
| 45～49歳       | 15,500円         | 23,250円          |
| 50～54歳       | 18,300円         | 27,450円          |
| 55～59歳       | 19,400円         | 29,100円          |
| 60～64歳       | 20,600円         | 30,900円          |
| 65～69歳       | 20,600円         | 30,900円          |
| 70～74歳       | 31,500円         | 47,250円          |
| 75～79歳       | 42,800円         |                  |

事業主費用追加補償特約をご希望の場合は基本補償の保険料に左記保険料を加算ください。

※保険料は、保険始期日(中途加入の場合は、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。

※事業主費用追加補償特約をセットするご契約は介護医療保険料控除の対象にはなりません。

ご注意

事業主費用追加補償プラン のご加入条件

- ①医師が1名の医療法人であること
- ②被保険者が事業主であること
- ③医師の有資格者がその被保険者以外にいないこと

# 所得補償保険保険料表

月払

## オプション③ 入院初期費用・葬祭費用補償特約

### 入院初期費用

ケガや病気で入院したとき、その入院が支払対象外期間を超えて継続した場合、保険金(5万円)をお支払いします。

### 葬祭費用

ケガや病気で死亡したとき、葬祭費用として保険金(実費・100万円限度)をお支払いします。

### 保険料 月払

- 入院初期費用…5万円
- 葬祭費用………100万円
- 天災危険補償特約
- 精神障害拡張補償特約  
(入院初期費用のみ)

職種級別 1級

保険期間 1年

団体割引 20%

| 支払対象外期間      | 4日      | 7日     |
|--------------|---------|--------|
| (満年齢) 25～29歳 | 437円    | 367円   |
| 30～34歳       | 459円    | 404円   |
| 35～39歳       | 528円    | 473円   |
| 40～44歳       | 658円    | 623円   |
| 45～49歳       | 890円    | 855円   |
| 50～54歳       | 1,247円  | 1,197円 |
| 55～59歳       | 1,722円  | 1,662円 |
| 60～64歳       | 2,525円  | 2,455円 |
| 65～69歳       | 3,841円  | 3,736円 |
| 70～74歳       | 6,013円  | 5,873円 |
| 75～79歳       | 10,140円 | 9,935円 |

特約をご希望の場合は基本補償の保険料に左記保険料を加算ください。

※保険料は、保険始期日(中途加入の場合は、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。

※入院初期費用補償特約保険料は介護医療保険料控除の対象になります。なお葬祭費用補償特約保険料は控除対象外となります。(令和8年8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         | 公益社団法人 三重県医師会                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |        |                   |    |        |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
| 保険期間          | 2026 年 11 月 1 日午後 4 時～ 2027 年 11 月 1 日午後 4 時                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |        |                   |    |        |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
| 申込締切日         | 2026 年 10 月 16 日（金）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |        |                   |    |        |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
| 引受条件等         | 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         | 三重県医師会会員の先生                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                           |        |                   |    |        |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
| 被保険者          | (1)三重県医師会会員<br>(2)三重県医師会会員の配偶者<br>(3)三重県医師会会員の従業員(役員)<br>※事業主費用補償特約をセットする場合は、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。<br>また、事業主費用追加補償特約については、被保険者は以下の条件をすべて満たす方にかぎります。<br>①医師の資格を有する方であること<br>②事業主であること<br>③同一事業体において他の医師の資格を有する方がいないこと                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |        |                   |    |        |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
| 加入年齢          | <table><tr><td rowspan="3">基本補償</td><td></td><td>医師</td><td>医師以外</td><td rowspan="3">代診費用特約<br/>(オプション)</td><td></td><td>医師</td></tr><tr><td>新規</td><td>満79歳まで</td><td rowspan="2">満69歳まで</td><td>新規</td><td>満79歳まで</td></tr><tr><td>継続</td><td>満89歳まで</td><td>継続</td><td>満89歳まで</td></tr></table> <p>ただし、いずれの場合も対象期間2年タイプは満63歳まで</p> <p>医師以外の方の加入はできません。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |        |                   |    |        | 基本補償   |  | 医師    | 医師以外 | 代診費用特約<br>(オプション) |  | 医師                                                  | 新規 | 満79歳まで   | 満69歳まで                                    | 新規           | 満79歳まで | 継続                                               | 満89歳まで                                                    | 継続 | 満89歳まで      |                                   |  |
| 基本補償          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 医師                                                        | 医師以外   | 代診費用特約<br>(オプション) |    | 医師     |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
|               | 新規                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 満79歳まで                                                    | 満69歳まで |                   | 新規 | 満79歳まで |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
|               | 継続                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 満89歳まで                                                    |        |                   | 継続 | 満89歳まで |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
| 保険料お支払方法      | 2027 年1月分からご指定の口座より毎月引き落としとなります。（12 回払）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |        |                   |    |        |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
| お手続き方法        | <p>下表のとおり必要書類にご記入のうえ、ご加入窓口の有限会社ミック三重までご送付ください。</p> <table><tr><th colspan="2">ご加入対象者</th><th colspan="2">お手続方法</th></tr><tr><td colspan="2">新規加入者の皆さま</td><td colspan="2">添付の「加入依頼書」、「告知書」、「預金口座振替依頼書」に必要事項をご記入のうえ、ご提出いただきます。</td></tr><tr><td rowspan="3">既加入者の皆さま</td><td>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</td><td colspan="2">書類のご提出は不要です。</td></tr><tr><td>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></td><td colspan="2">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。</td></tr><tr><td>継続加入を行わない場合</td><td colspan="2">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。</td></tr></table> <p>(※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。</p> <p>(※2)告知書は、保険金額の増額、対象期間の延長、支払対象外期間の短縮等、補償を拡大して継続される場合のみご提出が必要です。</p> |                                                           |        |                   |    |        | 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」、「預金口座振替依頼書」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 <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。 |    | 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。 |  |
| 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」、「預金口座振替依頼書」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 <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。 |        |                   |    |        |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
|               | 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、随時、受付をしています。<br>中途加入の場合の保険期間は、原則として、加入依頼書を受け付けた翌日から 2027 年 11 月1日午後4時までとなります。<br>保険料につきましては、保険始期月の翌々月からご指定の口座より毎月引き落としとなります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |        |                   |    |        |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
| 中途脱退          | この保険から脱退（解約）される場合は、取扱代理店までご連絡ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |        |                   |    |        |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |
| 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。<br>(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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                           |        |                   |    |        |        |  |       |      |                   |  |                                                     |    |          |                                           |              |        |                                                  |                                                           |    |             |                                   |  |

(注)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。

# 所得補償保険に関する Q&A

**Q.1** 保険期間の途中で加入する場合、保険期間はどのようなのですか？

**A.1** 保険期間の間にいつでも中途加入できます。  
その場合、保険期間は加入日から次の 11 月 1 日午後 4 時までとなります。

**Q.2** 保険期間の途中で加入した場合、無事故返れい金はあるのでしょうか？

**A.2** 保険期間の間に事故がない（保険金請求がない）場合、この間にお支払いいただいた保険料総額のうち 20%をお返しします。

**Q.3** 保険料の支払方法は決まっているのですか？

**A.3** 保険料はご指定の口座から毎月引き落としとなります。  
保険始期（11 月 1 日）からご加入いただく場合は、次の 1 月から毎月引き落としとなります。（2 ヶ月遅れの振替）  
保険期間の途中でご加入いただく場合は、一般的にはその加入月の 2 カ月後の月からの引き落としとなります。

**Q.4** 保険期間内で中途解約した場合、無事故返れい金は出ますか？  
また、解約により保険料の支払い（口座振替）は停止しますか？

**A.4** 中途脱退（解約）の場合、無事故返れい金はお支払いできません。  
中途脱退（解約）をされる場合、月割保険料のご精算をお願いします。  
一般的には、解約された月の 2 カ月後の月まで引き落としが続きますので、ご注意ください。

**Q.5** 就業不能時の保険金額（月額）は、限度なく自由に決められますか？

**A.5** ご加入いただく先生の平均月間所得額の範囲内で保険金（月額）の設定をお願いしています。

**Q.6** 保険期間の途中で契約タイプを変更できますか？

**A.6** 保険期間内で保険金額を増額する変更は、原則できません。  
変更される場合は、現在の契約を解約し、改めて新規加入いただく（告知書も改めて提出）方法でお願いしています。

**Q.7** 病気やケガの治癒後、被保険者の判断で念のため休暇を続ける場合、補償対象期間（就業不能期間）とみなされるのでしょうか？

**A.7** 医師の診断により病気やケガが治癒したと判断された場合、治癒後の期間は就業不能とはみなされず、補償対象外となります。

# 所得補償保険に関する Q&A

Q.8

保険金を請求する場合の手続きは？  
また、どのような書類が必要ですか？

A.8

保険金を請求する事故（病気やケガによる就業不能）が発生した場合には、ただちに損保ジャパンまたは取扱代理店（有限会社ミック三重）までご連絡ください。

有限会社ミック三重へご連絡いただくと「事故報告」をご提出いただき、手続きが始まります。保険金請求時には一般的に次の書類のご提出をお願いしています。

- ①保険金請求書
- ②医師の診断書
- ③同意書
- ④被保険者の所得を客観的に証明するもの（提出不要となる場合もあります。）。

その他、事故の内容により、損保ジャパン事故担当との調整の中で、必要書類を求められる場合があります。

## 参考 税務処理について

保険料の税務処理は加入形態によって異なります。以下の処理方法をご参照ください。  
なお、詳しくは税理士にご相談ください。

（令和8年8月現在）

| 加入者<br>（保険料負担者） | 被保険者<br>（補償対象者） | 保険金受取人               | 保険料の取扱い（税務処理）                                             | 受け取られた<br>保険金の取扱い |
|-----------------|-----------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------|
| 個人事業主           | 個人事業主<br>本人     | 個人事業主<br>本人          | 必要経費算入不可。業務について生じた費用に該当しません（家事関連費）。<br>介護医療保険料控除の対象となります。 | 非課税               |
| 個人事業主           | 従業員（全員）         | 従業員                  | 必要経費算入可（福利厚生費）                                            | 非課税               |
| 個人事業主           | 従業員（全員）         | 個人事業主 <sup>（注）</sup> | 必要経費算入可（支払保険料）                                            | 雑収入として計上          |
| 個人事業主           | 従業員（一部）         | 従業員                  | 必要経費算入可（支払給与）                                             | 非課税               |
| 個人事業主           | 従業員（一部）         | 個人事業主 <sup>（注）</sup> | 必要経費算入可（支払保険料）                                            | 雑収入として計上          |
| 法人              | 役員のみ            | 役員                   | 役員報酬として損金算入可。<br>ただし税法上の過大な報酬にあたる場合の過大な部分は不可になるため注意。      | 非課税               |
| 法人              | 役員のみ            | 法人 <sup>（注）</sup>    | 損金算入可（支払保険料）                                              | 益金として計上           |
| 法人              | 役員・従業員（全員）      | 役員・従業員               | 損金算入可（福利厚生費）                                              | 非課税               |
| 法人              | 従業員（全員）         | 従業員                  | 損金算入可（福利厚生費）                                              | 非課税               |
| 法人              | 従業員（全員）         | 法人 <sup>（注）</sup>    | 損金算入可（支払保険料）                                              | 益金として計上           |
| 法人              | 従業員（一部）         | 従業員                  | 損金算入可（支払給与）                                               | 非課税               |
| 法人              | 従業員（一部）         | 法人 <sup>（注）</sup>    | 損金算入可（支払保険料）                                              | 益金として計上           |

（注）法人および個人事業主が保険金を受け取るためには「保険金請求権の譲渡」の同意書が必要です。

## 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 style="writing-mode: vertical-rl; position: absolute; left: 50px; bottom: 50px;">所得補償保険（基本補償）＊</p> | <p>次の計算式によって算出した金額をお支払いします。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <math display="block">\text{お支払いする保険金の額} = \frac{\text{保険金額}}{\text{(月額)}^{(\ast 1)}} \times \frac{\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)}^{(\ast 2)}}{\text{月数}}^{(\ast 3)}</math> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <math display="block">\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)}^{(\ast 2)} = \text{就業ができな期間} - \text{支払対象外期間}</math> </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年または2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年または2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 style="margin-left: 20px;">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 style="margin-left: 20px;">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。</p> <p style="margin-left: 20px;">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。</p> <p style="margin-left: 20px;">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、満期時にご継続をお断りする場合があります。</p> <p style="margin-left: 20px;">(※)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 style="margin-left: 20px;">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4日または7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。</p> <p style="margin-left: 20px;">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4日または7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>● 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> <ol 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、危険ドラッグ等の使用(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、早産または流産</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 など</li> </ol> <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> <ol 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 など</li> </ol> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>⑨妊娠または出産を原因とした就業不能</li> </ol> <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動をいいます。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> |

## 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>【事業主費用補償特約】</b><br/>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><b>【事業主費用追加補償特約】</b><br/>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までの間等事業を一時的に休止せざるを得ない場合</p> | <p><b>【事業主費用補償特約】</b><br/>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。<br/>①代行者の給与、手当、交通費等の費用<br/>②代行者を雇い入れるための求人広告費等の費用</p> <p><b>【事業主費用追加補償特約】</b><br/>対象期間内に事業主が事業を休止した日から事業を再開した日までの間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。<br/>①事業主が給与等の費用を支払っていた従業員等に対して就業規則等に基づき支払い続ける給与等の費用<br/>②地代家賃および営業用機器等の賃貸料等の費用</p> <p><b>【各特約共通】</b><br/>お支払いする保険金の額は、1回の就業不能につき、次の計算式によって算出した金額を限度とします。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <math display="block">\text{お支払いする特約保険金の限度額} = \frac{\text{特約保険金額 (月額)}^{(*)1}}{\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}} \times \text{就業不能期間 (月数)}^{(*)3}</math> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <math display="block">\text{就業不能期間(保険金をお支払いする期間)}^{(*)2} = \text{就業ができた期間} - \text{支払対象外期間}</math> </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。<br/>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<br/>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。<br/>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日分の保険金を支払われた場合、満期時にご継続をお断りする場合があります。</p> <p>(※) 本特約をセットした契約への初めての加入をいいます。</p> <p>(注6) 支払対象外期間に発生した費用、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、事業主が事業を再開しなかった場合の事業主追加費用に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p style="text-align: right;">[次ページに続きます。]</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。<br/>①故意または重大な過失<br/>②自殺行為、犯罪行為または闘争行為<br/>③麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、シンナー、危険ドラッグ等の使用(治療を目的として医師が用いた場合を除きます。)<br/>④妊娠、出産、早産または流産<br/>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<br/>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。<br/>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。<br/>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<br/>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院初期費用補償特約*  | <p style="text-align: center;">〔前ページより続きます。〕</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。</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>                              | <p>● 次の事由によって被った身体障害(病気またはケガ)による入院に対しては、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、危険ドラッグ等の使用(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</p> <p style="text-align: right;">など</p> <p>● 次の事由によって被ったケガによる入院に対しては、保険金をお支払いしません。</p> <p>⑦ 無資格運転、酒気を帯びた状態での運転</p> <p style="text-align: right;">など</p> <p>● 次に該当する入院に対しては、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入院</p> <p>⑨ 妊娠または出産を原因とした入院</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> |
| 葬祭費用補償特約*    | <p>被保険者が入院初期費用を負担することにより被る損失に対して、入院初期費用保険金額をお支払いします。</p> <p>(※) この特約の支払対象外期間を超える入院が終了した後、被保険者がその入院の原因となった身体障害により再び入院した場合は、後の入院については、保険金をお支払いしません。ただし、基本補償の支払対象外期間を超える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再び就業不能となり入院した場合は、新たな入院とみなします。</p> | <p>● 次の事由による被保険者の死亡に対しては、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 無資格運転、酒気を帯びた状態での運転または麻薬、危険ドラッグ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 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 style="text-align: right;">など</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。

## その他で注意いただきたいこと

### 特定疾病等対象外特約について

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

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

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

〈補償対象外とする疾病・症状の例〉

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

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

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

### 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<sup>(※)</sup>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<sup>(※)</sup>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                                     |

### 事業主費用補償特約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<sup>(※)</sup>を踏まえ設定してください。事業主費用補償特約の保険金額は、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<sup>(※)</sup>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              | 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                          |

## その他で注意いただきたいこと

### 事業主費用追加補償特約の保険金額の設定について

ご加入いただく事業主費用追加補償特約の保険金額の設定については、被保険者が就業不能となった際に事業主が支出する事業主追加費用の額（月額）の範囲内で設定します。

## 用語の説明

| 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。<br>(※)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。<br>(※)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。<br>(※)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。<br>●「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。<br>●「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。<br>●「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。<br>(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。<br>(※)骨髄採取手術(組織の機能に障害がある者に対して骨髄幹細胞を移植することを目的とした被保険者の骨髄幹細胞を採取する手術をいい、末梢血幹細胞採取を除きます。また、骨髄幹細胞の提供者と受容者が同一人となる自家移植の場合を除きます。)を含みます。                                                                                                                                                                                                                    |
| 身体障害を被った時            | 次の①または②のいずれかの時をいいます。<br>①傷害については、傷害の原因となった事故発生の時。<br>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。<br>(※)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。<br>(※)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。<br>(※)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従業員等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。                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 親族                   | 6親等内の血族、配偶者または3親等内の姻族をいいます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## 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

この保険は公益社団法人三重県医師会を契約者とする団体契約であり、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<sup>(※)</sup>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

##### ■被保険者の過去の傷病歴、現在の健康状態

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

##### ■他の保険契約等<sup>(※)</sup>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<sup>(※)</sup>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<sup>(※)</sup>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<sup>(※)</sup>からその日を含めて1年以内に「保険金の支払事由」が発生していた場合は、ご契約が解除になることがあります。
  - (※)保険金額の増額(特定疾病等対象外特約の削除を含みます。)等補償を拡大した場合はその補償を拡大した時をいいます。
    - 「告知義務違反」によりご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、保険金をお支払いできません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除原因となった事実」に因果関係がない場合は、保険金をお支払いします。
  - 次の場合にも、保険金をお支払いできないことがあります。この場合、ご加入初年度の保険期間の開始時からの経過年数は問いません。
    - ご契約者が保険金を不法に取得する目的または第三者に保険金を不法に取得させる目的をもって契約した場合
    - ご契約者、被保険者または保険金を受け取るべき方の詐欺または強迫によって損保ジャパンが契約した場合 など
  - 告知書で告知していただいた内容により、ご加入をお断りする場合があります。
  - ご加入後や保険金のご請求の際に、告知内容について確認することがあります。
  - 継続加入の場合において、保険金額の増額(特定疾病等対象外特約の削除を含みます。)等補償を拡大するときも、過去の傷病歴、現在の健康状態等について告知していただく必要があります。なお、事実を告知されなかったとき、または事実と異なることを告知されたときは、補償を拡大した部分について、解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
  - ご加入初年度の保険期間の開始時<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。
- (注)特別な条件付き(「特定疾病等対象外特約」セット)でご加入いただいている場合は、上記に関わらず、補償対象外とする疾病群については、全保険期間補償対象外となります。

### 3. ご加入後における留意事項(通知義務等)

- 加入依頼書等記載の職業または職務を変更された場合(職業または職務をやめられた場合を含みます。)は、ご契約者または被保険者には、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンまでご通知いただく義務(通知義務)があります。
  - 変更前と変更後の職業または職務に対して適用される保険料に差額が生じる場合は、所定の計算により算出した額を返還または請求します。追加保険料のお支払いがなかった場合やご通知がなかった場合は、ご契約を解除することや、保険金を削減してお支払いすることがあります。
  - 変更後の職業または職務により、ご契約内容を変更していただくことがあります。詳しい内容につきましては取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。
- 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、必ず取扱代理店までお申し出ください。
- 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、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。

## 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）

### 【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7年11月1日午後4時に始まります。

＊中途加入の場合は、加入依頼書を受け付けた翌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連絡ください。保険金支払事由に該当した日（就業不能期間が開始した日等）からその日を含めて30日以内にご通知がない場合は、保険金の全額または一部をお支払いできないことがあります。

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

|   | 必要となる書類                             | 必要書類の例                                                                                                                                                                                                               |
|---|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 保険金請求書および保険金請求権者が確認できる書類            | 保険金請求書、印鑑証明書、戸籍謄本、委任状、代理請求申請書、住民票 など                                                                                                                                                                                 |
| 2 | 事故日時・事故原因および事故状況等が確認できる書類           | 傷害状況報告書、就業不能状況報告書、事故証明書、メーカーや修理業者等からの原因調査報告書 など                                                                                                                                                                      |
| 3 | 就業不能の程度、損害の額、損害の程度および損害の範囲等が確認できる書類 | ①被保険者の身体の傷害または疾病に関する事故、他人の身体の障害に関する賠償事故の場合<br>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<br>②他人の財物の損壊に関する賠償事故の場合<br>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 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 <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。

●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。

### 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、取扱代理店までご連絡ください。脱退（解約）に際しては、既経過期間（保険期間の初日からすでに過ぎた期間）に相当する月割保険料をご精算いただきます。なお、脱退（解約）に際して、返れい金のお支払いはありません。中途脱退（解約）の場合は、無事故戻し返れい金はお支払いできません。

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

### 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（以下、「当社」と言います。）は、本契約に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱い商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等（以下、「当社業務」と言います。）を行うために取得・利用します。また、下記①から⑤まで、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。

①当社が、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、保険金の請求・支払いに関する関係先（修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等）、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。

## 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）

- ②当社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。
- ③当社が、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当社が、国内外のグループ会社や提携先会社に提供を行い、その会社が取り扱う商品・サービスの案内・提供およびその判断等に利用することがあります。
- ⑤契約の更新時における保険引受・引受条件の判断等、契約の安定的な運用を図るために、被保険者（保険の対象となる方）の保険金請求情報等を契約者および加入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。）については当社公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧ください。取扱代理店または当社営業店までお問い合わせください。

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。

- 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。

- 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。

事業主費用追加補償特約にご加入になる方のみご確認ください

- 被保険者は、医師の資格を有し、事業主で、同一事業体に他の医師がいない方ですか。

### 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 有限会社ミック三重 〒514-0003 津市桜橋2-191-4  
TEL. 059-246-0010 / FAX. 059-246-0011（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 三重支店法人支社 〒514-0004 津市栄町3-115  
TEL. 050-3788-6378 / FAX. 059-226-5165（受付時間：平日の午前9時から午後5時まで）
- 保険会社との間で問題を解決できない場合（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。  
【窓口：一般社団法人日本損害保険協会そんぽ ADR センター】  
電話番号：03-4332-5241（全国共通）おかけ間違いにご注意ください。  
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、12/30～1/4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/>）
- 事故が発生した場合は、ただちに損保ジャパン、または取扱代理店までご連絡ください。  
上記の受付時間外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おります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て約款・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、3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。