

団体
割引 **30%**

団体所得補償保険のおすすめ

健康や事故に注意していても、
働けなくなることがあります。



思いがけない病気やケガ、
そして事故…
役立つ保険をご提供させていただきます。

被保険者（保険の
対象となる方）が
ケガ・病気または、
骨髄採取手術で就
業不能となった場
合に被保険者が被
る損失（就業不能
となることにより
実際に生じた損
失）について保険
金をお支払いいた
します。



満期時に無事故戻し金を受け取れます!!*1
1つの就業不能に対する
補償期間は、最長1年。*2

*1 保険期間中無事故であった場合に限りです。

*2 保険金をお支払いする1事故あたりの限度期間をいいます。

割安な保険料

団体
割引 **30%**

受取
保険金は
非課税

入院・通院は
もちろんのこと
自宅療養もカバー

医師の治療を受けて
いることにより
全く働けない場合

ご加入に際し
医師の診査は
必要ありません

加入時に健康状態
告知書に健康状態を
ご記入いただきます。

病気・ケガによる休業を補償

国内・国外 業務中 業務外 365日 24時間

通算支払限度期間1000日に関する特約付です。

新たに所得補償保
険にご加入を検討
されている先生

すでに一般で所得
補償保険にご加入
されている先生

これを機会に見直し、保険料が割安な鹿児島県医師協同組合の保険へのご加入をおすすめいたします。

中途加入も随時受付けております。

- 対象：鹿児島県医師協同組合 組合員の先生ご本人
- 保険期間：令和5年4月1日(土) 16時から 令和6年4月1日(月) 16時まで
- 中途加入：随時受付しております。
- 免責期間：4日間
- 無事故戻し：保険期間中無事故の場合、お支払いいただいた保険料の20%をお返しいたします。
- てん補期間：1年

ご不明な点がありましたら…

ご加入にあたっては、必ず「重要事項説明書」をよくお読みください。このチラシは団体所得補償保険の概要をご紹介します。詳細は保険約款によりますが、保険金のお支払い条件、ご契約手続きその他、ご不明な点がございましたら裏面の取扱代理店までご照会ください。

裏面もご覧ください。
加入希望書欄が
掲載されています。

保険金のお受取計算例

※下記お受取例は、弊社が作成した架空の例であり、過去に実際に発生したものではありません。

医師のAさん(43歳)は、脳血管障害で7月28日より入院、9月12日に退院。その後、自宅療養し翌年2月15日まで就業不能であった場合、所得補償保険金はいくら支払われるでしょうか？

重要

ご加入の保険金額(月額)は、平均月間所得額以下で口数を定めてください。ただし7歳未満の方は月額300万円まで、75歳以上の方は月額100万円までのお引き受けとなります。

〈ご加入例〉月額補償100万円 免責期間4日

Aさんの場合、免責期間4日を除き、保険金支払い対象期間は6か月と15日になり、下記の算式により、お受取になる保険金は、

$$100万円 \times 6か月 + 100万円 \times 15日/30日 = 6,500,000円$$

1か月未満の場合には、1か月を30日として日割計算して、保険金をお受取になれます。保険料(1か月あたりの掛金)、タイプの詳細に関しましては別途パンフレット記載の保険料、保険金額一覧表をご参照ください。

1ヶ月あたりの保険料と補償月額

〈精神障害担保特約あり、天災危険担保特約あり、てん補期間1年、免責4日〉タイプとした場合

(医師 基本級別1級)

年齢	補償月額	30万円	50万円	100万円
25~29歳		2,670円	4,450円	8,900円
30~34歳		3,270円	5,450円	10,900円
35~39歳		4,050円	6,750円	13,500円
40~44歳		5,040円	8,400円	16,800円
45~49歳		5,910円	9,850円	19,700円
50~54歳		6,840円	11,400円	22,800円
55~59歳		7,230円	12,050円	24,100円
60~64歳		7,530円	12,550円	25,100円
65~69歳		7,530円	12,550円	25,100円

※年齢は、被保険者(保険の対象となる方)の保険期間開始時(令和5年4月1日)満年齢をいいます。

お問い合わせ・お申し込みは

メールまたはFAXにてお問い合わせください

〈お問い合わせ〉 取扱代理店

鹿児島県医師協同組合
FAX: 099-257-1816

TEL: 099-254-8126

メールでのお問い合わせは
こちらから



iky-toiawase@kagoshima.med.or.jp

引受保険会社

東京海上日動火災保険(株)
鹿児島支店営業課
TEL: 099-225-6251

(下記に必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。)

今すぐ

MAIL or FAXで

団体所得補償保険加入希望書

		ご記入日	令和	年	月	日
ご氏名	生年月日	年月日(満才)	E-mail	@		
ご住所	〒□□□□-□□□□ 鹿児島県		市・郡			
連絡先お電話	()	連絡先FAX	()			
<input checked="" type="checkbox"/> をお付けください。 <input type="checkbox"/> 加入したい <input type="checkbox"/> 詳しい説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 詳しい資料が欲しい <input type="checkbox"/> 電話が欲しい						

※お問い合わせいただきましたら、東京海上日動火災保険(株)の取扱代理店よりご連絡させていただきます。

取扱代理店は、先生方からご提供いただいた上記、加入希望書記載の個人情報を引受保険会社(東京海上日動火災保険株式会社)より委託を受けて行う損害保険およびこれに付帯・関連するサービスの提供等に利用させていただくことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他、必要と認められる範囲に限定いたします。