

がん補償制度のご案内

がんによる闘病、休診に備える補償制度を、ぜひご検討ください！

がんの通院補償が手厚くなりました！

団体割引の適用で保険料が割安！

条件を満たせば再発・転移時も補償！

割安な保険料
団体割引

30%
適用

団体保険期間：2026年4月1日 16時から2027年4月1日 16時まで

がんは
気になる病気よね…

もしものがんのリスクに備えて「がん補償」があると安心です。

日本の「がん（悪性新生物）」の
総患者数は、約465万人！

さらに 心配なのは、医療費！
医療費・自己負担額の例

主ながん（悪性新生物）の患者数 (単位：万人)

悪性新生物	総数	男性	女性
胃	28.1	18.7	9.5
結腸および直腸	32.4	16.8	15.6
肝および肝内胆管	8.9	6.2	2.7
気管、気管支および肺	32.8	19.5	13.4
乳房	83.8	0.6	83.2

医療費の自己負担額 176,620円
差額ベッド代他 133,000円

合計 約30.9万円

※総患者数は、平均診療間隔を用いて算出するため、男性と女性の合計が総数に合わない場合があります。

【出典】「令和2年患者調査」(厚生労働省)をもとに東京海上日動にて作成

※70歳未満、月給27万円以上51.5万円未満の給与所得者の例
※医療費の自己負担額は高額療養費制度を利用した場合
(実際の自己負担額は個別のケースにより異なります。)

【出典】(公財)生命保険文化センター
「医療保障ガイド」(2022年10月改訂版)をもとに東京海上日動にて作成

一生のうち、おおよそ2人に1人が
がんと診断されるといわれています。

だから まとまった資金の
準備ができると安心です。

このチラシは団体総合生活保険の概要についてご紹介したものです。ご加入にあたっては、必ず「重要事項説明書」をよくお読みください。ご不明な点等がある場合には、代理店までお問い合わせください。補償を受けられる方またはその家族が、補償内容が同様の保険契約を他に契約されているときには、補償が重複することがあります。

今までに「がん」または「上皮内がん」と診断されたことがある場合等は「新規加入」はできません

鹿児島県医師協同組合

引受保険会社 東京海上日動火災保険株式会社

補償内容と1か月あたりの保険料

補償内容

がん診断保険金額	100万円
がん入院保険金(日額)	10,000円
がん手術保険金額 (手術の種類により)	10万円 20万円 40万円
がん退院後療養保険金額	10万円
がん通院保険金(日額)	5,000円
がん通院延長保険金(日額)	5,000円
がん重度一時金額	100万円
がん葬祭費用保険金額(本人のみ)	300万円

1か月あたりの保険料

		GAタイプ	GBタイプ	GCタイプ
保険の対象	本人	○	○	○
	配偶者		○	○
	子供			○
保険料 (月払)	20～24歳	130円	240円	430円
	25～29歳	330円	630円	820円
	30～34歳	680円	1,290円	1,480円
	35～39歳	1,170円	2,220円	2,410円
	40～44歳	1,750円	3,290円	3,480円
	45～49歳	2,610円	4,850円	5,040円
	50～54歳	3,530円	6,420円	6,610円
	55～59歳	5,210円	9,310円	9,500円
	60～64歳	7,990円	14,320円	14,510円
	65～69歳	11,040円	19,680円	19,870円
	70～74歳	15,250円	27,050円	27,240円
	75～79歳	18,220円	31,800円	31,990円
80～84歳	21,840円	37,840円	38,030円	
85～89歳	24,910円	42,820円	43,010円	

※ご加入口数は1口のみです。

※年齢は、被保険者(保険の対象となる方)の保険期間開始時(2026年4月1日)の満年齢をいいます。

お問い合わせ・お申し込みは

〈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-toiwase@kagoshima.med.or.jp

中途加入も随時受付けて
おります。
メールまたはFAXにて
お問い合わせください。

引受保険会社

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

(下記に必要な事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。)

今すぐ
MAIL or FAXで

がん補償制度加入希望書

ご氏名	生年月日	年 月 日 (満 才)	ご記入日	令和 年 月 日
ご住所	〒□□□□ - □□□□ 鹿児島県 □□□□ 市・郡		E-mail	@
連絡先お電話	()	連絡先FAX	()	

をお付けください。 加入したい 詳しい説明を聞きたい 詳しい資料が欲しい 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。