

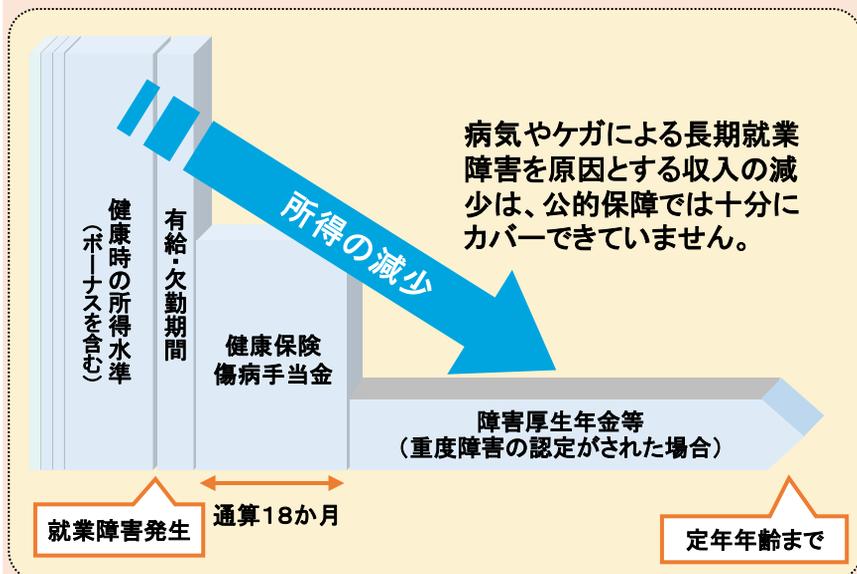
団体  
割引 **30%**

# 団体長期障害所得補償のおすすめ

(団体総合生活保険)

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

病気やケガで長期間働けなくなったとき、  
今ご加入されている保険だけで大丈夫ですか？



病気やケガで働けなくなったら・・・

例えば・・・  
退職…収入が途絶えてしまう  
保険…生命保険、年金の掛金の支払いは続く  
公的保障…重度の場合には障害厚生年金等の受給が可能  
住宅ローン…支払いは続く  
医療保険…1入院あたりの支払限度日数に制限があり、退院後の継続補償がない

さらに医療費や介護費用がかかります。  
ローンの支払いや毎月の生活費は？  
長期の傷病はご本人と家族にとって大きなリスクになります。

所得補償とのセットのご加入をおすすめします！

セットで  
さらに大きな  
安心を

## 所得補償

病気・ケガで働けない期間、先生方に代わって生活費をご家庭のもとにお届けする補償です。



## 団体長期障害所得補償(GLTD)

所得補償のてん補期間は1年。団体長期障害所得補償はその期間以降、長期にわたって医師の皆様の就業障害や収入の減少を補償いたします。

健康時の所得水準 免責期間 4日	所得補償 てん補期間1年	団体長期障害所得補償(GLTD)	最長 満70歳 まで
	毎月10万円～ 毎月300万円を補償	毎月10万円～ 毎月100万円を補償	

就業障害  
発生

病気やケガで働けなくなり、その期間が369日を超えた場合に最長満70歳の誕生日まで長期間にわたり保険金をお支払いします。

※ただし、65歳以上の場合は、保険金をお支払いする1事故あたりの限度期間は3年となります。

裏面もご覧ください。  
加入希望書欄が  
掲載されています。

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。このチラシは団体総合生活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、ご不明な点等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。

# 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2022年5月28日から入院、2022年6月30日に退院、その後、自宅療養し2025年1月15日まで就業障害が継続した場合、保険金はいくら支払われるのでしょうか？

## 重要

ご加入の保険金額(月額)は、平均月間所得額\*の範囲内、かつ、加入限度口数以下で設定してください。

\*直前12か月における保険の対象となる方(被保険者)ご本人の所得の平均月額をいいます。



お支払いする保険金は、100万円×31か月+100万円×15日/30日=3,150万円

## 1か月あたりの保険料と補償月額

認知症・メンタル疾患補償特約セット、天災危険補償特約セット、てん補期間：70歳の誕生日まで(65歳以上の場合は3年間)

補償月額		50万円(5口)		100万円(10口)	
年齢	性別	男性	女性	男性	女性
25~29歳		4,100円	3,650円	8,200円	7,300円
30~34歳		4,500円	4,800円	9,000円	9,600円
35~39歳		5,550円	7,100円	11,100円	14,200円
40~44歳		8,400円	11,550円	16,800円	23,100円
45~49歳		12,600円	17,100円	25,200円	34,200円
50~54歳		19,350円	24,250円	38,700円	48,500円
55~59歳		26,300円	28,900円	52,600円	57,800円
60~64歳		28,800円	27,250円	57,600円	54,500円
65~69歳		23,900円	20,350円	47,800円	40,700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(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

### 団体長期障害所得補償保険加入希望書

ご氏名				生年月日	年月日(満才)	ご記入日	令和 年 月 日
〒□□□□ - □□□□				鹿児島県		E-mail	@
ご住所				市・郡			
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きます。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。