

万一の病気やケガに備えて**医療保険**や  
**傷害保険**に入っているけれど…これらの  
保険では**自宅療養は補償されない**  
と聞いた…これらの保険で治療費は何とか  
なるとしても**もししばらく働けない**  
**となったら**……。



これらの支払い

どうしよう？



そんな時  
のために

## 団体所得補償保険 をおすすめします！

団体割引  
30%

病気やケガで就業不能となったときに所得喪失を補償します。



**ロング補償**で安心です。

- 補償の対象となる期間は、支払対象外期間を超えた就業不能期間で、かつ対象期間（1年間）を限度とします。
- 通算1,000日分の保険金を受け取られるまで、ご契約を継続いただけます。



**団体割引30%**が適用されます。

- 団体割引30%が適用されて、個人でご加入されるよりお得です。



所得補償保険では他の保険で  
対象とならない医師の指示に基づく  
**自宅療養も補償**されます。



血管性認知症や躁うつ病等の  
**精神障害も補償**されます。  
**地震、噴火またはこれらによる  
津波等の天災によって被ったケガ**  
による就業不能も補償します。



保険期間中無事故であった場合は  
**無事故戻し返れい金**として  
**保険料の20%**をお返しします。

- 保険期間の途中で解約（脱退）された場合は無事故戻し返れい金はありません。

※このチラシは概要を説明したものです。詳細につきましては、下記までお問い合わせください。

お問い  
合わせ先

◆取扱代理店

**鹿児島県医師協同組合**

〒890-0053 鹿児島市中央町8-1 医師会館内  
tel.099-254-8126（受付時間／平日9時～18時）

◆引受保険会社

**損害保険ジャパン株式会社鹿児島支店法人支社**

〒890-0053 鹿児島市中央町11番地 鹿児島中央ターミナルビル6F  
tel.099-812-7504（受付時間／平日9時～17時）

# 団体所得補償月払保険料（男女同一保険料／月払）

ご加入希望の方は、下記「FAXお問い合わせ用紙」へ必要事項をご記入のうえ、鹿児島県医師協同組合までFAXしてください。  
折り返し、「商品パンフレット」「加入依頼書・被保険者健康告知書」を送付させていただきます。

**推奨プラン** | ●天災危険補償特約、精神障害拡張補償特約セット | 保険期間1年／対象期間1年／支払対象外期間4日  
(入院による就業不能時追加補償特約〈入院支払対象外期間0日〉セット) 団体割引30% 職種級別1級 [単位:円]

所得補償	月額100万円	月額100万円	月額100万円	月額50万円	月額50万円	月額10万円
	年額1,200万円	年額1,200万円	年額1,200万円	年額600万円	年額600万円	年額120万円
傷害特約	1億円	5,000万円	なし	5,000万円	なし	なし
満25～29歳	20,600	15,850	11,100	10,300	5,550	1,110
30～34歳	22,500	17,750	13,000	11,250	6,500	1,300
35～39歳	25,100	20,350	15,600	12,550	7,800	1,560
40～44歳	28,300	23,550	18,800	14,150	9,400	1,880
45～49歳	31,800	27,050	22,300	15,900	11,150	2,230
50～54歳	35,300	30,550	25,800	17,650	12,900	2,580
55～59歳	36,900	32,150	27,400	18,450	13,700	2,740
60～64歳	37,800	33,050	28,300	18,900	14,150	2,830
65～69歳	37,800	33,050	28,300	18,900	14,150	2,830
70～74歳	52,900	48,150	43,400	26,450	21,700	4,340
75～79歳	—	—	—	34,200	29,450	5,890

●このプランでは、就業不能になった日からその日を含めて、継続した就業不能が支払対象外期間(4日)を超えた場合に、支払対象外期間終了の翌日から保険金をお支払いします。なお、入院による就業不能については、支払対象外期間(4日)の間の入院期間についても保険金をお支払いします。4日以内の短期の入院を複数回された場合、2回目以降の短期の入院についてはお支払いできないことがあります。

## FAXお問い合わせ用紙

○ 加入希望      ○ パンフレット送付希望      ○ 説明希望

ご氏名					
生年月日	年	月	日	生まれ (	歳)
医療機関名					
〒					
ご住所					
電話番号	( )				

メールでの  
お問い合わせは  
こちらから



ikyhoken@kagoshima.  
med.or.jp

鹿児島県医師協同組合または損保ジャパンよりご連絡さしあげることがございますのであらかじめご了承ください。

FAX  
送信方向

矢印の方向へ送信してください。(鹿児島県医師協同組合行き)

099-257-1816

〈個人情報の取扱いについて〉鹿児島県医師協同組合は、お送りいただいた本お問い合わせ用紙にご記載の個人情報をもとに、お客さまに最適なプランをご提案させていただきます。ご提案に関しては、お問い合わせ用紙に関する個人情報、鹿児島県医師協同組合が損害保険代理店委託契約を締結している損害保険ジャパン株式会社に提供することにご同意のうえご記入ください。