



団体所得補償保険

休診Light

病気・ケガによる就業不能時の収入補償期間(対象期間)を6か月に限定し、割安な保険料のプラン(無事故戻し返れい金なし)を用意しました！



休診 Light の特長

1

医師の指示による自宅療養も含め、1日目から補償

入院を必要としない数日の就業不能による休診を1日目から補償します。

2

対象期間を6か月に限定した割安な保険料

特に費用がかさむ休診初期の備えに最適です。

すでに同様の保険に加入されていても補償金額の上乗せとして活用できます。

3

無事故戻し返れい金のないプラン

少額な保険金の請求機会が増えることを考慮して、無事故戻し返れい金のない割安な保険料を実現！

- 4 精神障害による就業不能も補償
精神障害拡張補償特約のセットにより、躁うつ病、血管性認知症等の精神障害による就業不能にも対応します。
- 5 地震、噴火またはこれらによる津波のケガにも対応
天災危険補償特約のセットにより、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にも対応します。
- 6 通算支払限度期間の導入
通算して1,000日分の保険金を受け取るまで、ご契約を継続いただけます。
- 7 団体割引30%適用
団体割引30%が適用され、個人でご加入されるより割安です。
- 8 健康状態に関する告知のみでご加入OK
※告知された内容によっては、ご加入をお断りする場合があります。

※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)

◆提携代理店

◆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)

一般のプランとの比較

一般の団体所得補償保険	就業不能開始 (4日間)		対象期間 1年間	無事故戻し返れい金 あり
	支払対象外期間	就業不能期間(保険金をお支払いする期間)		
休診Light	この間も補償します!	就業不能期間 (保険金をお支払いする期間)	対象期間 6か月	なし

休診Light 保険料

■保険期間 1年 ■対象期間 6か月
■天災危険補償特約 ■精神障害拡張補償特約 ■無事故戻し返れい金なし

〈団体割引 30% 職種級別: 1級〉〔単位: 円〕

		支払対象外期間: 0日				
年齢 (満年齢)	所得補償 保険金額	10万円	30万円	50万円	80万円	100万円
月払保険料	25～29歳	730	2,190	3,650	5,840	7,300
	30～34歳	870	2,610	4,350	6,960	8,700
	35～39歳	1,040	3,120	5,200	8,320	10,400
	40～44歳	1,240	3,720	6,200	9,920	12,400
	45～49歳	1,430	4,290	7,150	11,440	14,300
	50～54歳	1,640	4,920	8,200	13,120	16,400
	55～59歳	1,710	5,130	8,550	13,680	17,100
	60～69歳	1,780	5,340	8,900	14,240	17,800
	70～74歳	2,730	8,190	13,650	21,840	27,300
	75～79歳	3,720	11,160	18,600	29,760	37,200

■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、更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。

年齢区分が更新になると保険料が変更になります。

■新規のご加入は満79歳、その後のご継続は満89歳までご加入いただけます。(ただし、満70～74歳の補償額は月額100万円まで、満75歳以上は50万円までとなります。)

■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。また、団体のご加入人数が10名を下回った場合は、この団体契約は成立しませんので、ご了承ください。

■本保険は介護医療保険料控除の対象となります。(2026年5月現在)

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。

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および提携代理店は、お送りいただいた本お問い合わせ用紙に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を、鹿児島県医師協同組合および提携代理店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。

承認番号: SJ126-10503 承認日: 2026年7月7日