

療養補償共済制度 (所得補償コース)

共済制度ガイドブック

療養補償共済制度(所得補償コース)

制度改訂の変遷

昭和50年5月1日	発足
昭和51年5月1日	40歳以上の給付金額(保険金額)を引上げ
昭和57年4月1日	毎月加入に改訂、掛金額の改訂、給付金額(保険金額)の引上げ
昭和58年4月1日	15歳～19歳の掛金額・給付金額(保険金額)引下げ、事務手数料の改定
平成元年4月1日	給付金額(保険金額)を引下げ
平成6年4月1日	女性の給付金額(保険金額)を男性と同額に引上げ
平成11年7月1日	継続加入者の年齢を75歳に引上げ 自然災害(地震・噴火・津波)事故による就業不能の適用 特定疾病再請求の取扱い改訂
平成20年4月1日	免責期間の短縮 継続加入者の年齢を80歳に引上げ 給付金額(保険金額)の改訂 給付金(保険金)不払い者への診断書料補助金の新設
平成26年9月1日	始期前発病対象外の期間に関する特約
平成28年4月1日	給付金額(保険金額)の改訂 同一疾病での給付金(保険金)支払いを可能とし、通算支払限度日数(1,000日)を設定。
平成30年4月1日	告知の変更(群疾病不担保)、加入時に告知した病気や平成27年度以前の契約で一度給付金(保険金)を支払った病気(特定疾病)の削除。
令和元年10月1日	給付金額(保険金額)の改訂
令和6年4月1日	告知の変更、給付金額(保険金額)の改訂

療養補償共済制度(所得補償コース)

療養補償共済制度(所得補償コース)の概要

療養補償共済制度(所得補償コース)は、損害保険会社が行う所得補償保険による、理容業者(組合員・従業員およびその家族)のための制度です。したがって、理容業者が傷害や疾病で就業不能になった場合の「所得」を補償するものですから、理容業による所得がない方は、本制度に加入することはできません。

本制度は、団体加入による保険料の割引があるため、掛金が安く加入者にとって有利な内容になっています。個人事業主はサラリーマンと違って、休業補償給付等の社会保険がありません。したがって、理容業者にとっても、自らの努力により休業補償の備えをしておく必要があります。

なお、療養補償共済制度としては、「医療補償コース」を別途実施していますが、医療補償コースは入院することにより必要となるさまざまな費用を勘案して、一定額の給付金(保険金)を支払うものであるのに対し、本制度(所得補償コース)は傷害や疾病を原因とした就業不能により減少した所得をてん補するものであり、性格が異なります。

たとえば、入院にかかる費用(医療費の自己負担、差額ベッド代等)については医療補償コースでカバーされますが、傷害や疾病で入院したことにより就業不能になった場合、就業不能による所得の喪失については医療補償コースでカバーされません。本制度への加入が望まれるところです。

このように、両コースの補償は直接的には重複するものではなく、むしろ相互に補完し合うものであり、双方に加入することにより、万全の補償を受けることができます。

本制度は、委託保険会社の営業社員による加入促進ができないため、加入は組合役員等の組織募集に頼るしかなく、そのためには、制度内容の十分な説明が必要になってきます。

つきましては、各組合役員の方々には特に、本書を参考に制度内容の把握に努めていただきますようお願いするものです。

療養補償共済制度(所得補償コース)の内容

1. 加入資格

下記条件をすべて満たしている方です。

(1) 組合員、従業員およびその家族*であること

※家族とは配偶者、子ども、両親、兄弟姉妹および同居の親族をいいます。

(2) 理容業に正常に従事し、理容業による所得のある方

(3) 満15歳以上満69歳以下の方

なお、更新継続すれば、満79歳まで加入できます。

- 【注】
1. 本制度は理容業者が傷害や病気のため、就業不能になる割合をもとに共済掛金が設定されています。したがって、理容業以外の職業の方は加入することはできません。
 2. 理容店経営者で、主に経営面の業務に専任し直接的に顧客に接する業務に係わることが少ない場合でも、理容業による収入が明確であれば加入することができます。
 3. 加入者が加入途中で、廃業や理容業以外の職業に転職したなどの事由で、理容業による所得がなくなった場合は、脱退しなければなりません。
 4. 組合を脱退した場合は本制度からも脱退となります。

2. 加入日(契約日)

加入(増口)日は毎月1日です。(補償の開始は、加入日からとなります。)

【注】 本制度は加入月ごとに一契約となっています。

例：1月1日に新規加入した方が3月1日に1口追加加入した場合、制度上、3月分は増口ではなく新規加入となります。その結果、1月契約と3月契約の2本の契約を持つこととなります。

3. 加入口数

理容業による平均月間所得の範囲内で加入できます。給付金額(保険金額)は最高月額30万円までとなりますので、その範囲内で加入口数を設定してください。また、他の所得補償保険に加入(重複保険)しており、給付金(保険金)の合計額が平均月間所得額を超える場合は、給付金(保険金)が按分されますのでご注意ください。(180頁9.給付金(保険金)の取扱い(1)給付金額(保険金額)①参照)

4. 加入時の告知

- (1) 加入時に医師の診査は必要ありません。ただし、加入申込書の★質問事項については、必ず加入者(被保険者)本人が告知の上、署名を行ってください。告知内容が事実と相違する場合は、契約が解除されることや、給付金(保険金)のお支払いができないことがあります。
- (2) 告知では過去2年以内の医師の治療歴等について告知することになっています。
- (3) 告知の内容によっては、加入できない場合があります。
- (4) 告知日は健康状況を告知した日であり、制度上の効力が発生するのは加入日からとなります。

5. 加入期間(契約期間)

加入日より1年間です。毎年、掛金の払込みをもって自動的に更新します。

6. 免責期間(支払対象外期間)

就業不能開始日から起算して連続4日間であり、この期間は給付金(保険金)の支払対象となりません。

【注】 免責期間は連続して4日間ですから、給付金(保険金)の支払対象となるのは、免責期間終了後の5日目の就業不能日からとなります。

7. 補償期間(支払対象期間)

補償期間(支払対象期間)は、就業不能開始日より4日間の免責期間が経過した翌日から起算して12カ月です。

1カ月は30日として計算されます。

平成28年4月1日以降始期契約(契約更新日)が、平成28年4月1日以降のご契約より「通算支払限度期間に関する特約」がセットされています。これにより、この特約をセットした初年度契約および継続加入期間を通算して1,000日までの給付金(保険金)のお支払いが可能になりました。

※1回の就業不能(1事故)に対する対象期間は従来どおり1年間が限度です。

8. 掛金(掛け捨て)

掛金は毎月払いとし、満20歳以上の方は1口について月額1,000円です。なお、満15歳以上満19歳以下の方は1口について月額500円です。

9. 給付金(保険金)の取扱い

(1) 給付金額(保険金額)

給付金額(保険金額)は年齢・加入口数により決まりますが、加入者の理容業による平均月間所得の範囲内とし30万円を限度とします。1口あたりの給付金額(保険金額)は下記の表のとおりです。

1口あたりの給付金額(保険金額)(月額)

※令和元年10月1日始期以降の契約の場合 ⇒ 令和6年4月1日始期以降の契約の場合

加入年齢(満)	給付金額(保険金額) (加入限度口数)	加入年齢(満)	給付金額(保険金額) (加入限度口数)
15歳～19歳	82,000円(3口)	5歳～19歳	75,000円(4口)
20歳～24歳	110,000円(2口)	20歳～24歳	105,000円(2口)
25歳～29歳	99,000円(3口)	25歳～29歳	91,000円(3口)
30歳～34歳	80,000円(3口)	30歳～34歳	74,000円(4口)
35歳～39歳	65,000円(4口)	35歳～39歳	60,000円(5口)
40歳～44歳	52,000円(5口)	40歳～44歳	48,000円(6口)
45歳～49歳	44,000円(6口)	45歳～49歳	41,000円(7口)
50歳～54歳	38,000円(7口)	50歳～54歳	36,000円(8口)
55歳～59歳	36,000円(8口)	55歳～59歳	33,000円(9口)
60歳～64歳	35,000円(8口)	60歳～64歳	33,000円(9口)
65歳～69歳	32,000円(9口)	65歳～69歳	30,000円(10口)
70歳～74歳	19,000円(継続加入のみ)	70歳～74歳	18,000円(継続加入のみ)
75歳～79歳	13,000円(継続加入のみ)	75歳～79歳	12,000円(継続加入のみ)

(注) 1. 満70歳以上の場合には継続加入のみです。新規・増口加入はできません。

2. 年齢は加入日(契約更新日)における満年齢です。

- ①他の所得補償保険に加入(重複保険)している場合、本人の平均月間所得を限度に給付金(保険金)が按分されます。したがって、本制度において加入口数分の給付金額(保険金額)が受け取れない場合があります。
- ②平均月間所得は就業不能直前1年間の所得をもとに算出しますので、長期にわたる就業不能で給付金(保険金)をお支払いした場合などは、その後1年以内に再度就業不能となったときの給付金額(保険金額)に影響を与える場合があります。実際の所得以上にお支払することはできないため、収入が減少してきている場合や体調等により就業が困難になった場合は、給付金額(保険金額)の調整や解約が必要となる場合があります。
- ③全理連が実施している団体生命共済大型制度の一部には、所得補償制度(入院・就業不能見舞金)が導入されているため、前述の重複保険の対象になりますので、給付金額(保険金額)を決める際には特にご注意ください。

(2) 給付金(保険金)の支払方法

①給付金(保険金)の算出

就業不能1カ月当りの加入口数による給付金額(保険金額)を支払います。なお、給付金(保険金)支払対象日数が1カ月に満たない場合、または1カ月未満の端数日の場合は、1カ月を30日とした日割計算により給付金額(保険金額)を算出します。

②給付金(保険金)の支払期間

給付金(保険金)の支払対象期間は、免責期間(連続4日間)終了日の翌日から起算して12カ月(補償期間=360日)の就業不能期間です。

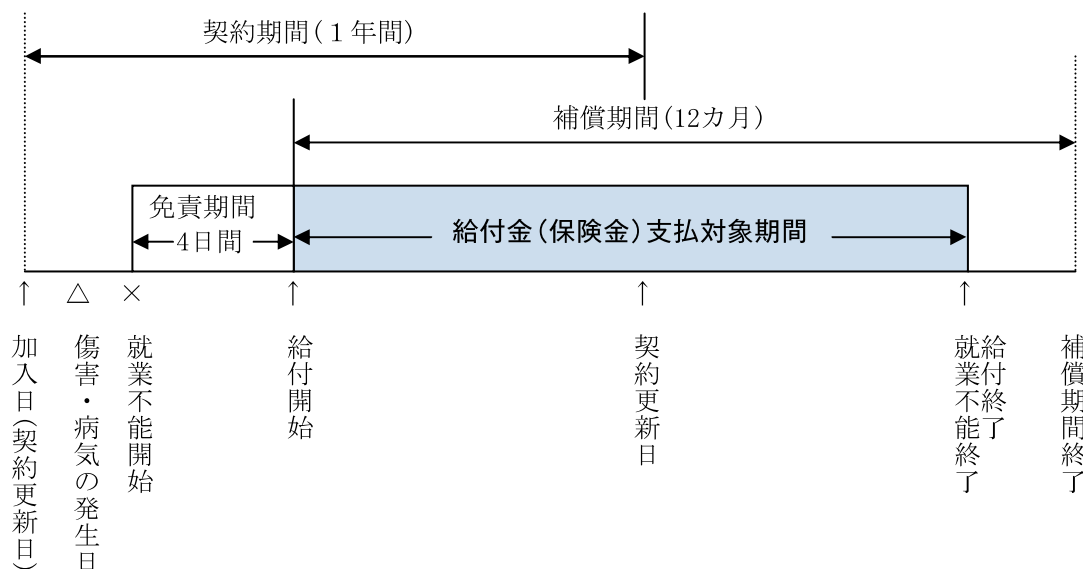
③給付金(保険金)の支払金額

継続して加入している場合、発病日(受傷日)での給付金額(保険金額)と就業不能開始時での給付金額(保険金額)に増減があった時は、そのいずれか少ない給付金額(保険金額)で支払います。ただし、平成26年9月以降の契約の場合は、発病日(受傷日)から1年を経過した後に就業不能となった場合は、就業不能開始時の更新時満年齢に応じた給付金額(保険金額)で支払います。

④給付金(保険金)の減額支払

給付金(保険金)支払の対象となっていない身体障害(加入日より前からあった病気等)の影響によって、給付金(保険金)を支払うべき身体障害(今回の給付対象となる病気等)の程度が重くなったときには、その影響がなかった場合に相当する就業不能期間を決定して給付金(保険金)を支払います。

※「給付金(保険金)支払対象期間」、「就業不能状態」、「補償期間」、「免責期間」を図式化すると、次のとおりです。



10. 給付金(保険金)を支払う場合

日本国内・国外、また、業務上・業務外を問わず、加入後に受傷した傷害や発病した病気(身体の障害)によって、加入期間中に就業不能になった場合に給付金(保険金)を支払います。

「就業不能」とは、身体障害を被り、その身体障害の治療のために入院^(※)していること、または入院以外で①医師の②治療を受けていることにより、理容業務に③全く従事できない状態をいいます。なお、被保険者がその身体障害に起因して死亡された後もしくはその身体障害が治癒された後は、この保険契約においては、就業不能とはいいません。

(※)骨髄採取手術を直接の目的として入院した場合は、理容業務に全く従事できない状態をいいます。

①「医師」とは、日本国内における医師免許を取得している者または海外においてそれと同等以上の資格を有する者をいいます。

②「治療」とは、医師が必要であると認め、医師が行う治療をいいます。

Q. Aさんは、病気で仕事ができなくなり、しばらく自宅療養にて様子をみたが一向によくならないので、病院に行って診察してもらった。自宅療養分も給付金(保険金)の支払対象となりますか？

A. 給付には「医師の治療を受けている」という条件が必要です。したがって、医師の治療を受けておらず、自宅療養されていた期間は支払対象となりません。

③「全く従事できない」とは、たとえば理容店主1人の店舗なら、傷害や病気によって全日休業状態、従業員(家族従業員も含む)なら傷害や病気による全日就業不能の状態をいいます。したがって、午前中休んで午後就業するような場合や、一部補助的に業務を手伝う場合は、「全く従事できない状態」には該当しませんので、給付金(保険金)の支払対象となりません。

Q. 手にしびれが残っているBさんは、まだハサミ・カミソリを使っての作業はできませんが、接客とシャンプーはできるようになりました。給付金(保険金)の支払対象となりますか？

A. 一部補助的に理容業務を開始しており、「全く従事できない状態」には該当しませんので、支払対象となりません。

(4)死亡した後または治癒した後は、いかなる場合でも就業不能とはいいません。したがって給付金(保険金)の支払対象となりません。

【注】1. 人間ドックなど健康保険適用外の検査目的での入通院による就業不能は、給付金(保険金)の支払対象となりません。(治療ではないため)

2. 生体移植ドナー等による就業不能は、給付金(保険金)の支払対象となりません。(ただし、骨髄採取手術を直接の目的とした入院による就業不能は、給付金(保険金)の支払対象となります。)

11. 給付金(保険金)を支払わない主な場合

(1) 始期前発病

就業不能の原因となった身体障害を被った時が、契約始期より前である場合は、給付金(保険金)の支払対象となりません。ただし、平成26年9月以降の契約については、「始期前発病対象外の期間に関する特約」がセットされており、契約の開始時からその日を含めて1年を経過した後就業不能が生じた場合、支払い対象となります。

【注】 以下①～③のいずれかの要件を満たしている場合、給付金(保険金)の支払いができない可能性があります。

- ① 初診日が初年度の契約始期より前である。
 - ② 契約始期前に病気・症状に関する検査異常が発見されている。
 - ③ 契約始期前に病気・症状の受療歴*がある。
- * 病気・症状の原因として医学的に重要な関係がある病気の受療歴を含みます。

(2) 特定疾病

(平成28年3月1日始期までの契約の場合)

加入時に告知した病気や平成27年度以前の契約で一度給付金(保険金)を支払った病気およびその病気と原因が同じと判断される病気による就業不能については、給付金(保険金)の支払対象となりません。

(平成28年4月1日始期契約～平成30年3月1日始期までの契約の場合)

平成27年度以前の契約で一度給付金(保険金)を支払った病気と同一の病気による就業不能については、給付金(保険金)の支払対象となりません。ただし、「通算支払限度期間に関する特約」がセットされている場合は、一度給付金(保険金)を支払った病気は不担保疾病にはなりませんので、支払対象となります。

(平成30年4月1日以降始期契約の場合)

平成30年3月1日以前契約で加入時に告知した病気や平成27年度までの契約でお支払いした疾病(特定疾病)が、平成30年度の契約更改時に削除されますので、支払対象となります。

ただし、平成30年度以降の新規加入契約については、告知内容によって特定疾病都不担保が付帯している場合があります。

* 1回の就業不能(1事故)に対する対象期間は1年間が限度です。

(3) 群疾病不担保

(平成30年4月1日以降令和6年3月1日までの始期契約の場合)

加入時の告知により、特定の病気・症状(特定疾病群)について給付金(保険金)を支払わないことを条件に加入した場合には、それらの群に属する病気については、給付金(保険金)の支払対象とはなりません。(186頁2.群疾病不担保参照)

(4) 告知内容が事実と相違する場合

加入時の告知の記入内容が事実と相違することが判明した場合は、契約が解除されることや、給付金(保険金)の支払いができないことがあります。

(5) 免責条項(主なもの)

次のような事由に起因する就業不能については、給付金(保険金)はお支払いできません。

- ① 加入者(被保険者)の故意または重大な過失によって被った傷病
- ② 加入者(被保険者)の自殺行為、犯罪行為または闘争行為による傷病
- ③ 加入者(被保険者)の麻薬、あへん、大麻または覚せい剤、シンナー等の使用による傷病
- ④ 加入者(被保険者)の妊娠、出産、早産または流産(切迫流産を含む)による傷病
- ⑤ 戦争、外国の武力行使、暴動、核燃料物質等による傷病(これらに随伴して生じた事故またはこれらにともなう秩序の混乱に基づいて生じた事故による傷病を含みます。)

- ⑥放射線照射、放射能汚染による傷病
- ⑦無資格運転、酒気帯び運転中の傷害
- ⑧頸部症候群(「むちうち症」)または腰痛で、自覚症状しかないもの
- ⑨精神障害(うつ病、パニック障害、神経症、神経衰弱、摂食障害、アルコール依存、薬物依存など)
- ⑩検査等

⑨の**具体例** Aさんは「高血圧症」と「うつ病」で1年間休業しました。

【解説】 病院に照会したところ、「高血圧症」については降圧剤でコントロールできており、高血圧症」のみで就業不能は発生せず、就業不能の主原因は「うつ病」であるとの回答でした。「うつ病」は精神障害に該当するため、給付金(保険金)の支払対象となりません。

12. 医療調査と医療照会について

本制度では、発病時期や既往症、治療歴等について必要に応じて医療調査(調査員による医師への面談)・医療照会(文書による医師への確認)を行なう場合があります。いずれの場合も主治医の協力なしには実施できませんので、主治医の都合が優先されます。また、個人情報保護法施行後は、平易な調査・照会であっても煩雑な手続を要することが多く、医療調査・照会の回答を得られるまでに、1～2カ月かかる場合もしばしばありますので、ご了解ください。

また、医療調査に際して、保険会社の委託を受けた調査会社の担当者が、医師への照会等に先立ち、加入者(被保険者)に面談することがあります。その場合には、連合会、組合を経由して事前に加入者に連絡が入りますのでご協力ください。

13. 就業不能の再発の取扱い

同一傷病により再び就業不能となった場合、再度、就業不能となった日が前の就業不能が終了した後、中断が6カ月以下か6カ月を超えるかにより、下記のとおり取扱いが異なります。

(1) 中断6カ月以内の場合

前の就業不能が終了した後、6カ月以内に再び就業不能となった場合、後の就業不能は前の就業不能と同一の就業不能とみなし、前の就業不能の免責期間(連続4日間)終了日の翌日より12カ月の補償期間を限度に支払対象となります。(傷害・疾病共通 図Ⅰ参照)

(2) 中断6カ月を超える場合

前の就業不能が終了した後、前の就業不能期間最終日より6カ月以上経過した日の翌日以降に再び就業不能となった場合、その就業不能の再発開始日が契約更新日より前か更新日以降かで、次のとおり取扱いが異なります。

①再度就業不能となった日が契約更新日より前(同一契約期間内)である場合

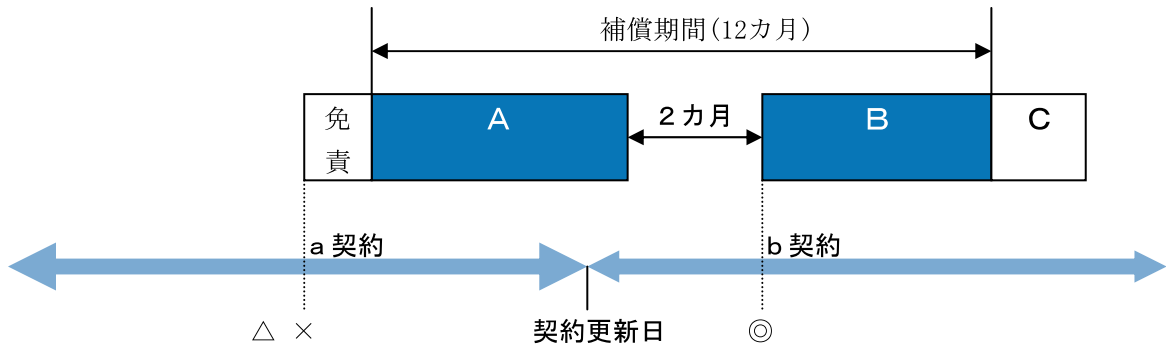
別の就業不能とみなして、新たに免責期間(連続4日間)を控除し、12カ月の補償期間を限度に支払対象となります。(傷害・疾病共通 図Ⅱ参照)

②再度就業不能となった日が契約更新日以降(異なる契約期間内)である場合(図Ⅲ参照)

△……………身体障害の発生
 ×……………就業不能の開始

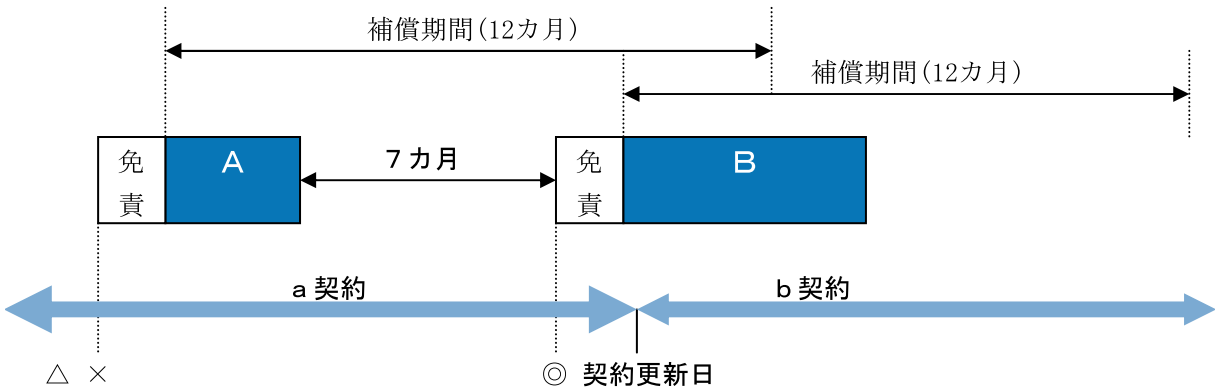
◎……………同一身体障害による就業不能の再発
 免責……………免責期間

【図Ⅰ】



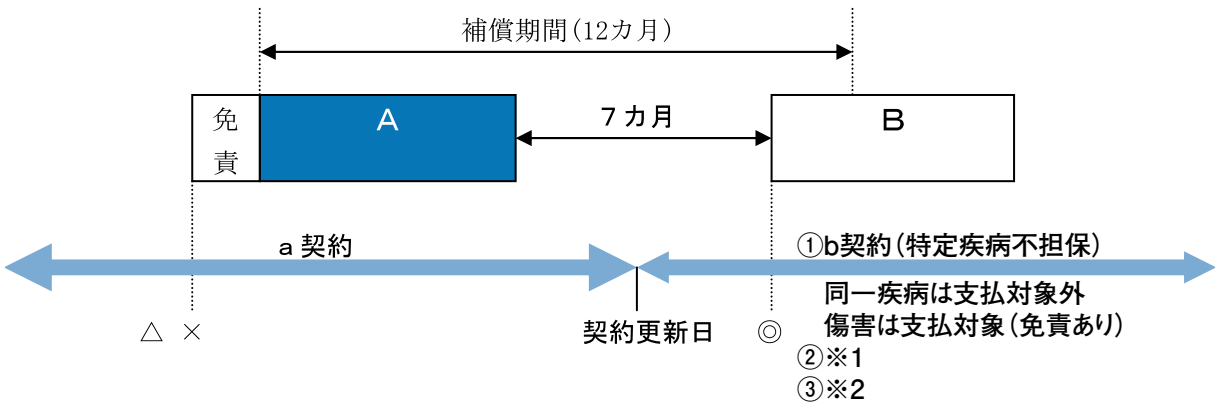
- ・ A、Bともに a 契約で支払います。
- ・ 6 か月以下の中断の場合、A と B は 1 単位の就業不能とみなします。
- ・ C は補償期間が終了しているため支払われません。

【図Ⅱ】



- ・ A については、a 契約で支払います。
- ・ B については、新たに免責期間、補償期間を適用し、a 契約で支払います。
- ・ 6 か月を超える中断の場合、A と B は 1 単位の就業不能とみなしません。

【図Ⅲ】



<①平成28年3月1日始期までの契約の場合>

- ・ A については、a 契約で支払います。
- ・ B については、b 契約での就業不能ですが、b 契約には制度上、契約更新日に特定疾病不担保

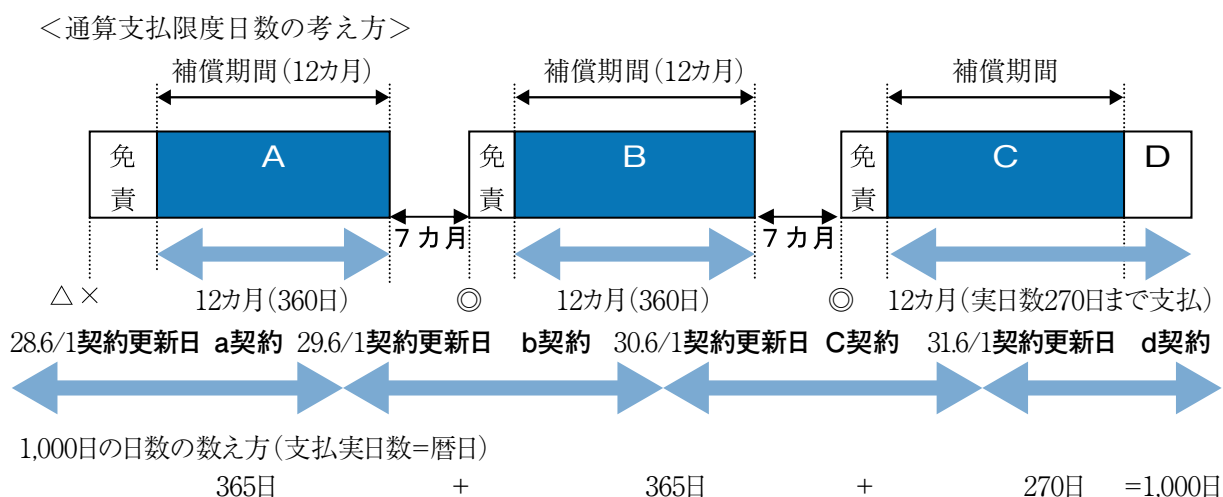
- の特約が自動的に付帯されるため、一度給付金（保険金）を支払った病気およびその病気と原因が同じと判断される病気による就業不能については、給付金（保険金）の支払対象となりません。
- ・ 傷害の場合、Bについては、新たに免責期間、補償期間を適用し、b契約で支払います。
 - ・ 6カ月を超える中断の場合、AとBは1単位の就業不能とみなしません。

<②平成28年4月1日以降始期契約～平成30年3月1日始期までの契約の場合>

- ※1 平成27年度以前の契約で一度給付金（保険金）を支払った病気と同一の病気による就業不能については、給付金（保険金）の支払対象となりません。ただし、「通算支払限度期間に関する特約」がセットされている場合は、一度給付金（保険金）を支払った病気は不担保疾病にはなりませんので、支払対象となります。
- ・ 傷害の場合、Bについては、新たに免責期間、補償期間を適用し、b契約で支払います。

<③平成30年4月1日以降始期契約の場合>

- ※2 平成30年3月1日以前契約で加入時に告知した病気や平成27年度までの契約でお支払いした疾病(特定疾病)が、平成30年度の契約更改時に削除されますので、支払対象となります。ただし、平成30年度以降の新規加入契約については、告知内容によって特定疾病郡不担保が付帯している場合があります。



- ・ Bについては、新たに免責期間、補償期間を適用し、b契約で支払います。
- ・ 6カ月を超える中断の場合、AとBおよびCは1単位の就業不能とみなしません。
- ・ それぞれ免責期間、補償期間を適用し、Aはa契約、Bはb契約、Cはc契約で支払います。
- ・ それぞれの給付金（保険金）就業不能期間は1カ月を30日として計算します。1事故の給付金（保険金）支払の限度はてんぼ期間（12カ月）となります。
- ・ Dは合計支払実日数（暦日カウント）が1,000日を超えるため支払われません。

注) 合計支払実日数が、1,000日を超えた場合のお支払はありません。また、この療養補償共済制度(所得補償コース)を脱退していただくことになります。

具体的事故例の取扱い

1. 始期前発病

(1) 加入日前に受療歴は無く就業不能となったが、加入直前(加入日より1年以内)に受けた人間ドックにて具体的な検査指摘があり発病が確認できた。

【解説】 加入時に受療歴が無くても、検査時期や具体的な指摘事項、検査数値の内容から検査時点で発病していたと確認できる場合は、始期前発病に該当し、給付金(保険金)の支払対象となりません。

(2) 幼児期に発病し、日常生活に支障はなかったが、継続的な治療をしていた。加入後、その病気が悪化したことにより就業不能となった。

【解説】 始期前発病のため、給付金(保険金)の支払対象となりません。

※平成26年9月以降の契約については、「始期前発病対象外の期間に関する特約」がセットされており契約の開始時からその日を含めて1年を経過した後に就業不能が生じた場合、給付金(保険金)を支払います。

2. 群疾病不担保(平成30年4月1日以降令和6年3月1日までの新規加入契約の場合)

(1) 加入前に腹膜炎での入院歴があり、A群「胃・腸の疾病」不担保の条件で加入されていた方が、加入後に胃がんとなり入院した。

【解説】 腹膜炎と胃がんには因果関係がなくても、胃がんはA群「胃・腸の疾病」であり、群疾病不担保条件に該当することになるため、給付金(保険金)の支払対象とはなりません。

事務取扱要領

加入申込・異動通知

1. 加入手続き

新規(増口)加入する場合は、下記の連合会所定の書類で手続きしてください。

(1) 提出書類

療養補償共済制度加入申込書(所得補償コース)

(2) 記入上の注意

- ①組合名・組合コード、支部名・支部コードを記入してください。
- ②記入事項にもれがないか確認してください。

(3) 留意事項

- ①給付金額(保険金額)は月額給付金額(保険金額)×12カ月が過去1年間の所得金額を超えないように設定してください。
- ②他の所得補償保険に加入(重複保険)している場合、本人の所得を限度に給付金(保険金)が按分されますので、口数を決める際には特にご注意ください。

2. 異動手続き

下記異動事由が発生したときは、連合会所定の書類で手続きしてください。

(1) 提出書類

療養補償制度異動通知書(所得補償コース)

(2) 異動事由

- ①脱退・減口するとき
- ②加入者(被保険者)氏名を改姓・訂正するとき
- ③県内外へ転出したとき
- ④住所が変更したとき
- ⑤店名、店主名の変更・訂正をするとき
- ⑥生年月日、加入者区分、加入日、性別などの訂正をするとき
- ⑦満80歳に達し自然脱退するとき

(3) 記入上の注意

- ①組合名・組合コード、支部名・支部コード、加入者番号を記入してください。
- ②記入事項にもれがないか確認してください。

(4) 留意事項

- ①異動事由には脱退と減口が区分されていますので、減口の異動の場合は特に契約年月に注意してください。
- ②自然脱退者の脱退手続きは、当該月にて確実に行ってください。(共済管理システムにて該当者の印刷可)

3. 各書類の提出

- (1)「加入申込書」、「異動通知書」については、記入事項等を確認のうえ、支部でとりまとめ組合に提出してください。
- (2)「加入申込書」は、組合において受付の手続きが完了したら、加入者(被保険者)本人にコピーを

渡してください。

- (3) 組合、支部においては、それぞれ組合用、支部用の各書類（加入申込書はコピー）を保管しておいてください。
- (4) 組合においては、各書類の記入事項等を確認のうえ、加入・異動月の前月末日までに、連合会に2部（連合会用・幹事会社用）加入申込書は原本を送付してください。（例：4月1日加入・異動の場合は3月末日までに送付する。）

4. コンピューターリスト

加入者管理は保険会社のコンピューターにより行われています。「加入申込書」、「異動通知書」により毎月あるいは年間の処理が行われ、保険会社より送られてくるコンピューターリストを連合会より該当組合に送付します。

(1) 加入者台帳

4月1日現在の全加入者リストを、1年間の基本台帳として活用していただくため、5月中旬に組合宛に2部（組合用・支部用）送付します。

(2) 新規一覧表

毎月の新規・増口者のリストを該当月の翌月中旬に組合宛に2部（組合用・支部用）送付します。

(3) 解約一覧表

毎月の脱退・減口者のリストを該当月の翌月中旬に組合宛に2部（組合用・支部用）送付します。

(4) 異動一覧表

毎月の加入内容変更リストを該当月の翌月中旬に組合宛に2部（組合用・支部用）送付します。

(5) 県別・支部別集計表

毎月の加入状況（支部別の加入人数・加入口数）を、組合宛に1部（組合用）送付します。

掛金（掛け捨て）

1. 掛金の取扱い

(1) 掛金の納付締切日

各支部で集金した毎月の掛金は、組合でとりまとめ、当該月の前月末日までに送金してください。（例：4月分の掛金は3月末日までに送金する。）

(2) 掛金の送金方法

療養会計の口座に組合より一括して送金してください。

2. 共済掛金送金票

掛金を連合会へ送金するときは、必ず「掛金送金票」を、「加入申込書」「異動通知書」とともに、当該月の前月末日までに送付してください。

3. 事務手数料

(1) 満20歳以上の方は、1口に対し月額40円です。

(2) 満15歳～満19歳までの方は1口に対し月額20円です。

事務手数料は、年2回（3月、9月）にそれぞれ6カ月分をとりまとめて、組合へ還付します。

請求の手続き

1. 請求に必要な書類

請求に必要な書類

(1) 提出書類

提出書類							
<p><請求金額が30万円以下で、下表の診断書省略条件に該当する請求の場合></p> <p>①所得補償コース給付金(保険金)請求書 ②所得補償コース同意書 ③入通院状況・就業不能期間申告書 ・病院または診療所の領収書(コピー) …加入者名・入通院期間・病院または診療所名が明記されたもの</p> <p><請求金額が30万円以上の場合></p> <p>・上記①② ・診断書</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>省略基準</th> <th>診断書省略条件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>疾病・傷害</td> <td>給付金(保険金)支払額が30万円以下</td> <td> ・複数の事故(病気・けが)が同一事故と扱われる場合で、合計請求金額が30万円以下の場合。 ・内払時は累計請求金額が30万円以下の場合。 </td> </tr> </tbody> </table> <p>※状況により、診断書の提出をお願いすることもあります。</p>			省略基準	診断書省略条件	疾病・傷害	給付金(保険金)支払額が30万円以下	・複数の事故(病気・けが)が同一事故と扱われる場合で、合計請求金額が30万円以下の場合。 ・内払時は累計請求金額が30万円以下の場合。
	省略基準	診断書省略条件					
疾病・傷害	給付金(保険金)支払額が30万円以下	・複数の事故(病気・けが)が同一事故と扱われる場合で、合計請求金額が30万円以下の場合。 ・内払時は累計請求金額が30万円以下の場合。					
加入者(被保険者)が死亡した場合							
必要に応じ提出してください	支払額が100万円以下の場合	①確認書1 ②死亡診断書または死体検案書(コピー) ③死亡事実の記載のある戸籍(除籍)謄本(全部事項証明) ④代表受取人の印鑑登録証明書 (代表受取人の印鑑登録印を請求書と確認書に捺印)					
	支払額が100万円以上500万円以下で所定の条件(※)をすべて満たす場合	①確認書2 ②死亡診断書または死体検案書(コピー) ③死亡事実の記載のある戸籍(除籍)謄本(全部事項証明) ※加入者(被保険者)と法定相続人代表者(保険金請求者)との続柄が確認できない場合に限り、別途続柄が確認できる公的な書類(法定相続人代表者の戸籍謄本)が必要となります。 ④代表受取人の印鑑登録証明書 (代表受取人の印鑑登録印を請求書と確認書に捺印)					
	上記のいずれにも該当しない場合	①法定相続人全員から連合会宛ての委任状 ②法定相続人が確認できる戸籍謄本(全部事項証明) (加入者が出生してから死亡するまでの戸籍謄本) ③法定相続人全員の印鑑登録証明書					
	①重複契約を含める給付金額(保険金額)の合計が30万円を超えるとき ②実際の所得が給付金額(保険金額)の合計を下回るとき	○所得額を証明する書類(源泉徴収票・確定申告書等)					

※①相続人代表者が死亡時点で加入者(被保険者)と同居していた相続人であること

②相続人間の争いに発展する可能性が低いこと

・その他保険会社が必要とする書類のご提出をお願いすることがあります。

<診断書料補助金の請求の場合>

- ①診断書料(文書料)の領収書コピー
- ②診断書料補助金請求書

(2) 記入上の注意

- ①組合名・組合コード、支部名・支部コード、加入者番号は記入してください。
- ②就業不能直前過去1年間の所得欄は必ず記入してください。
- ③給付金(保険金)請求書の原加入日は加入年月別に記入してください。
- ④記入事項にもれがないか、捺印が正しく押印されているか確認してください。

(3) 留意事項

- ①就業不能が1カ月以上継続する場合には、原則として1カ月毎に就業不能が継続していることを「事故通知書」で通知してください。
- ②請求は、原則として就業不能が終了した日、および死亡した日から30日以内に請求してください。なお、補償期間を超えて就業不能が続く場合は、補償期間の末日(就業不能開始日より1年4日経過時)から30日以内に請求してください。

2. 給付金(保険金)の内払い

(1) 内払条件

就業不能日数が30日以上であり、かつ加入者(被保険者)からの要望がある場合は、給付金(保険金)の内払請求が可能です。

3. 給付金(保険金)の支払い

給付金(保険金)は、連合会から組合へお振込みいたします。入金後はすみやかに、組合より受取人にお支払いください。

4. 給付金(保険金)をお支払いできない方に対する「診断書料」補助金の支給

給付金(保険金)請求者でお支払いできない場合に限り、5,000円を限度に補助します。(5,000円未満の場合は実費)

対象となる請求は、就業不能開始日が平成20年4月1日以後のもので、年度内(4月から翌年3月)で1回のみ支給が可能です。

税法上の取扱い

掛金や受け取る給付金(保険金)にかかる税法上の取扱いについては、個々のケースにより異なる場合がありますので、実際の処理については、税理士等に相談するなど、慎重に対応されることが望まれます。

1. 掛金

(1) 加入者(被保険者)が掛金を負担している場合(店主本人を含む)

掛金のうち、連合会が保険会社に委託している保険料分が所得控除の対象となります。(生命保険料控除「介護医療保険料」)

「生命保険料控除証明書」は、毎年11月頃保険会社より組合へ送付されます。

(2) 店主が従業員の掛金を負担している場合

① 従業員全員の場合

店主は掛金全額を必要経費(福利厚生費)として処理できます。また、従業員に対する所得税の課税もありません。

② 従業員一部の 경우

店主は掛金全額を必要経費(みなし給与)として処理できます。ただし、その従業員への給与とみなされるため、従業員に対する所得税の課税対象となります。また、従業員は、掛金のうち、連合会が保険会社に委託している保険料分が所得控除の対象となります。(生命保険料控除「介護医療保険料」)

<参考>

所得税の生命保険料「介護医療保険料」控除額

年間の払込保険料	控除金額
20,000円以下のとき	払込保険料の全額
20,000円超～ 40,000円以下のとき	(払込保険料×1/2)+10,000円
40,000円超～ 80,000円以下のとき	(払込保険料×1/4)+20,000円
80,000円超のとき	一律40,000円

(注) 所得税の控除枠は、一般、介護医療、個人年金を併せて、120,000円が限度です。

住民税の生命保険料「介護医療保険料」控除額

年間の払込保険料	控除金額
12,000円以下のとき	払込保険料の全額
12,000円超～32,000円以下のとき	(払込保険料×1/2)+6,000円
32,000円超～56,000円以下のとき	(払込保険料×1/4)+14,000円
56,000円超のとき	一律28,000円

(注) 住民税の控除枠は、一般、介護医療、個人年金を併せて、70,000円が限度です。

2. 給付金(保険金)

就業不能による給付金(保険金)は、所得税法により課税の対象となりません。ただし、加入者(被保険者)の死亡による給付金(保険金)の受取りが発生した場合は、相続税等の関係が生じてきますので、ご注意ください。

記入例

1. 加入申込書(組合員の場合)

- ①「告知日・告知者署名」と「★質問事項」は必ず記入してください。
- ②記入漏れがないかご確認ください。(特に全項目のフリガナと郵便番号にご注意ください。)

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中

全理連療養補償共済制度 加入申込書兼健康告知書(所得補償コース<所得補償保険>)

パンフレット等を受領・確認し、全理連 療養補償共済制度(所得補償コース<所得補償保険>)の加入を申し込みます。
本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに[5]頁に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人(加入者)・告知者・被保険者ともに同意します。

●申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

損害保険ジャパン株式会社 宛 加入日 令和 X 年 4 月 1 日

組合員コード ○○○	支部コード ○○	加入者コード ○○○	連番	加入月	資格	原加入日	年号 令和 X 年	月	日	
加入申込者 店名 全理理容店	フリガナ ゼンリリョウテン	店主名 全理 太郎	フリガナ ゼンリ タロウ	職業・職種 ★理容業	氏名 全理 太郎	フリガナ ゼンリ タロウ	年号(該当に○印) 昭和・平成	生年月日 XX年 2月 23日	年齢(加入日時点) 満 XX 才	性別 男・女
加入者 被保険者 申込区分(該当に○印) 新規・増口	申込口数 2 口	加入者区分 1 組合員 2 従業員 3 家族従業員	住所 東京都渋谷区代々木1-36-4	〒151-0053	TEL (03) 3379-4111					

告知日 令和 X 年 X 月 X 日
告知者署名 全理 太郎

★質問事項

★ 質 問 事 項	ご回答	ご確認ください事項					
【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 ※ 医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。	はい いいえ	質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。					
【質問2】告知日(ご記入日)から過去1年以内に、病気で継続して10日以上入院をしたことがありますか。	はい いいえ						
【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 (注) 医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察を含みます。 「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <td>がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 C1S C1N3 子宮頸部高度異形成 HSI L</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table>	がん		悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症	上皮内がん	上皮内新生物 C1S C1N3 子宮頸部高度異形成 HSI L	精神の病気	精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)
がん	悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症						
上皮内がん	上皮内新生物 C1S C1N3 子宮頸部高度異形成 HSI L						
精神の病気	精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)						

★他の保険契約等の告知欄 次の質問事項についてご記入ください。「はい」または「いいえ」いずれかに○印をつけ、「はい」の場合にはその内容をご記入ください。

<質問事項> 被保険者について同種の補償を行う他の保険契約等(注)がありますか。
「はい」の方は、同種の補償を行う他の保険契約等について、会社名・保険種類・保険金額をご記入ください。欄が不足する場合は(別紙)に○をして、会社名・保険種類・保険金額等を記載した別紙(様式を問いません)を添付してください。(別紙)

(会社名) (保険種類) (保険金額)

(注)「同種の補償を行う他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

基本契約	対象期間	支払対象外期間	保険金額	保 険 料	割 増	65~69歳	70~74歳	75~79歳
	12か月	4日				% D	% D	%
特約条項	01	F1	F5	23	新規区分	旧証券No		
特記事項						新規 1	満更 2	旧枝番

○○○ 理容生活衛生同業組合 理事長 (印) 部 長 (印) 支 部 長 (印) 扱 者 (印)

所得補償

2. 加入申込書(従業員・家族の場合)

- ①「告知日・告知者署名」と「★質問事項」は必ず記入してください。
- ②記入漏れがないかご確認ください。(特に全項目のフリガナと郵便番号にご注意ください。)
- ③加入者区分について、家族従業員の方は「3.家族」に○をしてください。

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中

全理連療養補償共済制度 加入申込書兼健康告知書(所得補償コース<所得補償保険>)

パンフレット等を受領・確認し、全理連 療養補償共済制度(所得補償コース<所得補償保険>)の加入を申し込みます。
本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに⑤頁に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人(加入者)・告知者・被保険者ともに同意します。

●申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

加入日 令和 X 年 4 月 1 日

組合コード	〇〇〇	支部コード	〇〇	加入者区分	連番	加入月	資格	原加入日	年号	年	月	日
	X	X	X	X					昭和			
店名	<フリガナ> ゼンリリョウテン			店主名	<フリガナ> ゼンリ タロウ			職業・職種	★理容業			
加入者(加入申込者)	全理理容店			店主	全理 太郎							
加入者(被保険者)	<カタカナ> ゼンリ			<カタカナ> ハナコ		年令(該当に○印)	生年月日	年令(加入日時点)	性別			
	<漢字> 全理			花子		昭和	平成	XX	XX	才	男	女
申込区分(該当に○印)	申込口数	加入者区分		<カタカナ> トウキョウト シブヤク ヨヨギ 1-36-4								
新規	増口	1 組合員 2 従業員 3 家族従業員		<漢字> (郵便番号) 〒151-0053 TEL (03 - 3379 - 4111)								
				東京都渋谷区代々木1-36-4								

下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

*告知される方がご認識されている病名・症状名が、本告知書に記載されている病名・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病名・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

告知日	令和 X 年 X 月 X 日
告知者署名	全理 太郎

★ 質 問 事 項	ご回答	ご確認いただく事項						
【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 ※ 医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。	はい いいえ	質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。						
【質問2】告知日(ご記入日)から過去1年以内に、病気で継続して10日以上入院をしたことがありますか。	はい いいえ							
【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 (注) 医師より病名・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。	はい いいえ							
<p>「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病名</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>がん</td> <td>悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table>			がん	悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症	上皮内がん	上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL	精神の病気	精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)
がん	悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症							
上皮内がん	上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL							
精神の病気	精神および行動の障害 (統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)							

★他の保険契約等の告知欄 次の質問事項についてご記入ください。「はい」または「いいえ」いずれかに○印をつけ、「はい」の場合にはその内容をご記入ください。

<質問事項> 被保険者について同種の補償を行う他の保険契約等(注)がありますか。
「はい」の方は、同種の補償を行う他の保険契約等について、会社名・保険種類・保険金額をご記入ください。欄が不足する場合は(別紙)に○をして、会社名・保険種類・保険金額等を記載した別紙(様式を問いません)を添付してください。

(会社名)	(保険種類)	(保険金額)
いいえ	はい	(別紙)

(注)「同種の補償を行う他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

基本契約	対象期間	支払対象外期間	保険金額	保険料	割増	65~69歳	70~74歳	75~79歳
	12か月	4日				D	%D	%D
特約条項	01	F1	F5	23				
特記事項					新規区分	旧証券No		
					1	2		旧枝番

〇〇〇 理容生活衛生同業組合 理事長 (印) 部長 (印) 支部長 (印) 抜者 (印)

④

所得補償

3. 異動通知書

- ①該当する異動事由の番号を○で囲み、異動内容をご記入ください。
- ②異動事由が転出(県内外)の場合、住所変更、店名変更、店主名変更が予想されますので、該当する異動事由はすべて新内容を記入してください。

全理連療養補償制度 異動通知書(所得補償コース)

連合会用

下記の通り異動がありましたので、通知いたします。

令和 X 年 3 月 2 日

○○○ 理容生活衛生同業組合

組合コード	○○○	支部コード	○○	加入者番号	×××	異動発生日	令和 X 年 4 月 1 日付
加入者氏名	(カタカナ) ゼンリ タロウ	加入日数	8 月 1 日 (2)口	月 1 日 ()口	月 1 日 ()口	合計	(2)口
	(漢字) 全理太郎		月 1 日 ()口	月 1 日 ()口	月 1 日 ()口		

+(注) 上記加入者名の欄は、異動前の加入者をご記入下さい。
下記の欄は該当する異動事由の番号を○印で囲み、異動内容(新内容)をご記入下さい。

異動事由	異動内容	異動事由	異動内容
①	<input checked="" type="radio"/> 加入口数のすべてを脱退します。 (口) 月 1 日 加入分を脱退します。 月 1 日 月 1 日 月 1 日	7	店変更・訂正 店名 (カタカナ)に変更 (漢字)に訂正 店主名 (カタカナ)に変更 (漢字)に訂正
2	減口 月 1 日の ____口を ____口に減口 月 1 日の ____口を ____口に減口 月 1 日の ____口を ____口に減口	8	店変更・訂正 店主名 (カタカナ)に変更 (漢字)に訂正
3	加入者・氏名訂正 新内容 (カタカナ)に改姓 (漢字)に訂正	9	加訂入日正 昭和 年 月 1 日加入分を 平成 年 月 1 日加入に訂正
4	生訂年月日正 新内容 昭和 年 月 日(満才)に訂正 平成	10	支部転出 組合 支部に転入
5	加訂入者区分正 新内容 1. 組員 2. 従業員 3. 家族 に訂正	11	加訂入者番号正 新内容に訂正
6	住所変更 新住所 郵便番号 (カタカナ) (漢字)	12	男訂・女正 新内容 男・女 に訂正
		13	その他

○○○ 理容生活衛生同業組合		部長		支部長		扱者	
全国理容生活衛生同業組合連合会		理事長	担当役員	事務局長	部長	課長	扱者

2020.10 4×10×500(港)

4. 傷害・疾病 事故通知書(所得補償コース用) 不用

- ①各項目とも必ず記入してください。
- ②加入者(被保険者)氏名欄の捺印をしてください。
- ③傷病名、入通院先は必ず記入してください。
- ④事故(傷害)の原因および状況、病気の状況については詳しく記入してください。
- ⑤「現時点での就業状況」欄について、必ずどちらかに○をしてください。

療養補償共済 傷害・疾病 事故通知書(所得補償コース用)

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中

2021年 2月 20日

加入者番号 (〇〇〇) 組合 (〇〇) 支部 番号 (× × ×)	
店名 全理理容店	店主名 全理太郎 所在地 東京都渋谷区代々木1-36-4 TEL 03(3379)4111
加入者(被保険者) 住所 〒 151-0053 東京都渋谷区代々木1-36-4 TEL 03(3379)4111	氏名 全理太郎
性別 <input checked="" type="radio"/> 1. 男 · 2. 女	生年月日 昭和 平成 46年 2月 23日 日生 年令 満 50 才
事故場所 渋谷区〇〇丁目	事故日または発病日 2020年 12月 11日
傷病名 頭部・顔面外傷・鼻骨骨折	入通院先 〇〇総合病院 整形外科 TEL XX(XXXX)XXXX
事故の原因および状況 病気の状況を詳しく書いて下さい。	自転車運転中にあやまって側溝へ転落してしまった。 頭部、顔面を強く打ちつけた為、顔面2ヶ所が切傷、鼻骨を骨折した。 (病気の場合は、既往症の有無、自覚症状の発現日等をご記入願います。)
就業不能期間の見込 現時点での就業状況	2020年 12月 12日~2020年 12月 22日の期間就業不能と見られる。 記入日現在 <input checked="" type="radio"/> 就業中 · 休業中 (どちらかに○をして下さい。)
店舗規模	従業員数(2)名 椅子台数(4)台

保険期間	年 月 日より1年間	証券番号	枝番	加入口数()口
保険期間	年 月 日より1年間	証券番号	枝番	加入口数()口
保険期間	年 月 日より1年間	証券番号	枝番	加入口数()口
保険期間	年 月 日より1年間	証券番号	枝番	加入口数()口

〇〇〇 理容生活衛生同業組合	理事長	部長	支部長	扱者
全国理容生活衛生同業組合連合会	理事長	担当役員	事務局長	部長

営業受付印	特約による	営業	査定受付印	未払計上日	査定印
	入金			年 月 日	
				未払計上額	円

2019.05

5. 給付金(保険金)請求書

- ①請求書下欄の各項目についてご確認をお願いします。
- ②「就業不能直前過去1年間の所得」欄は必ず記入してください。
- ③加入者(被保険者)が死亡した場合以外は、受取人欄(上段)は加入者(被保険者)名を記入し捺印してください。
- ④必ず捺印してください。

全理連
療養補償共済制度
(所得補償コース)

全理連・療養補償共済制度 所得補償コース

給付金(保険金)請求書

20XX年 2月 20日

損害保険ジャパン株式会社 宛 〇〇〇 理容生活衛生同業組合

下記の通り委任を受けましたので、関係書類を添付して保険金を請求いたします。

本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求します。

なお、指定口座への振込をもって保険金の支払がなされたものと認めます。

請求者
(理事長)

〇〇〇〇 印

私は上記保険金請求者を代理人と認め、上記保険事故にかかわる保険金請求ならびに受領に関する一切の権限を委任いたします。

同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(保険契約、共済契約その他のいかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。本書面では同様とします)から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払を受けた場合には、保険契約で定められた保険金等の額を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します。(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います)。また、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。貴社が本保険金請求に関する私の個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定等)・引受判断および各種サービスの提供のために取得・利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を下記のとおり取得・利用・提供することに同意します。

①貴社が、保険事故の原因、内容、損害、責任の程度の確認、損害賠償義務者への求償手続等のために、保険事故の関係者(保険事故の当事者、損害保険会社・共済、医療機関、社会保険、修理業者等をいいます。)、業務委託先(保険代理店を含みます。)、警察署、消防署、その他必要な関係先に対して個人情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。
 ②貴社が、契約者に対して、事故状況、経過、支払内容等の情報について提供すること。
 ③貴社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、貴社のグループ会社、他の損害保険会社・共済等に個人情報の提供もしくは個人データの登録を行い、またはこれらの者から提供を受ける場合があること。
 ④貴社が、再保険金の受領のために再保険引受会社等に個人情報の提供を行う場合があること。
 ⑤他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提出すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また貴社から提供を受け、利用すること。
 ※個人情報には、過去および将来に取得するもの、並びに事業の適切な運営を確保するため業務遂行上必要な範囲で、事故事実・損害の確認に必要となる医療情報および請求権者・相続人確定に必要な戸籍関連情報が含まれます。

20XX年 2月 20日

(住所) **東京都渋谷区代々木1-36-4**

TEL 03 (3379) 4111

(フリガナ) **ゼンリ タロウ**

氏名 **全理 太郎** 印

県名	〇〇〇	支部名	〇〇	加入者(被保険者)フリガナ	ゼンリ タロウ	資格	就業不能直前過去1年間の所得	
名	× × ×	× × ×	× × ×	全理 太郎	① 男 ② 女	① 組合員 ② 従業員 ③ 家族	600万 円	
加入者番号	× × ×			加入者生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	就業不能開始日	20XX年 12月 12日	
傷病発生日	20XX年 12月 11日 <small>(病気の場合は医師の診断による発病日)</small>			就業不能開始日	20XX年 12月 12日		内払回数	第 1 回目または最終回
全就業できなかった期間	20XX年 12月 12日より ()日 〇時 - 4日 〇時			就業不能開始日	20XX年 12月 12日		給付金請求額	円
重複契約	会社名			契約の種類	証券番号	契約金額		
原加入日を記入してください。								
原加入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
口数	()口	()口	()口	()口	()口	()口	()口	
給付金額	円	円	円	円	円	円	円	

保険金振込先 (上記理容生活衛生同業組合があらかじめ指定した口座)

保険期間	年 月 日より1年間	証券番号	枝番	前年内容	営業課支社受付印	S C 受付印
	年 月 日より1年間					
	年 月 日より1年間					
	年 月 日より1年間					

〇〇〇 理容生活衛生同業組合

理事長 印

部長 印

支部長 印

扱者 印

☆ 太枠内の各項目は必ずご記入ください。

☆ 1~2枚目には必ずご捺印ください。

☆ 3枚目の診断書は医療機関で作成していただき、請求書とともに組合にご提出ください。

☆ 4枚目の申告書は診断書が省略できる場合、被保険者ご本人でご記入ください。

1

2023.06

所得補償

196

6. 同意書

- ①加入者(被保険者)本人または親権者(加入者が未成年の場合)が記入し捺印してください。
- ②「同意書」は保険会社が医師に診断内容を確認するための重要な書類ですので、必ずすべての項目を記入して提出してください。
- ③加入者(被保険者)が死亡した場合は、上段の患者住所・氏名・生年月日は加入者(被保険者)のものを記入し、下段の住所・氏名・続柄は代表相続人のものを記入し捺印してください。

全理連・療養補償共済制度 所得補償コース

同意書

20XX 年 2 月 20 日

主治医殿

患者住所
(下記住所と相異
する場合のみ記載)
患者氏名

全理太郎

生年月日 昭和・平成 XX 年 2 月 23 日

保険契約に関する調査のため、損害保険ジャパン株式会社または同社が委嘱する者が本書を提出し、上記患者の傷病に関して患者が診察・治療・検査を受けた病院・診療所・接骨院等に対し、下記事項を行うことにつき同意しますので、照会がありましたときは、ご腹藏なくおこたえ下さいますよう、よろしくご依頼申し上げます。

なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。

記

1. 患者に関するすべての傷病内容(傷病名、症状、治療内容、既往症など)を照会あるいは面談し、回答を受けること。
2. 患者に関する画像診断のフィルム、その他の検査記録を借用または謄写すること。
3. 患者に関する診断書、診療報酬明細書、および損害保険ジャパン株式会社の求める文書の作成・発行を依頼し受領すること。

住 所 東京都渋谷区代々木1-36-4

氏 名 (患者又は同居の親族) 全理太郎 印

患者との続柄 (同居の親族の場合)

以上

※本同意書は給付金請求書とともに組合にご提出ください。

②

7. 入通院状況・就業不能期間申告書(診断書省略の場合に使用)

全理連
療養補償共済制度
(所得補償コース)

入通院状況・就業不能期間申告書

損害保険ジャパン株式会社 御中

保険金のご請求金額が合計30万円以下の場合に、診断書の代わりとしてご提出いただくものです。

傷病者氏名 (被保険者名)	フリガナ ゼンリ タロウ 全理 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 XX年 2月 23日	
入院(通院)の原因となった傷病名	医師にご確認のうえ、正確にご記入ください。 頭部・顔面外傷・鼻骨骨折	
上記ケガ・疾病の原因	自転車乗車中の転落事故	
ケガを負った日 発病日	20XX年 12月 11日	
ケガの部位	<input checked="" type="radio"/> 頭部 <input checked="" type="radio"/> 顔面 <input type="radio"/> 首 <input type="radio"/> 腕 <input type="radio"/> 手 <input type="radio"/> 腰 <input type="radio"/> 脚 <input type="radio"/> 足 <input type="radio"/> その他 ()	ケガの状態 <input checked="" type="radio"/> 打撲 <input type="radio"/> 擦傷 <input type="radio"/> 骨折 <input type="radio"/> 切り傷 <input type="radio"/> 凍傷 <input type="radio"/> 熱傷 <input type="radio"/> けいれん <input type="radio"/> その他 ()
入院期間	20XX年 12月 12日～ 20XX年 12月 16日	
就業が全く不可能な期間	20XX年 12月 12日～ 20XX年 12月 22日	
前医・既往症	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
通院状況申告欄	上記、ケガ・疾病の治療を目的とした通院治療日を下記カレンダーにご記入(○印)ください。	
12月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 2日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
今後の入院の予定	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
ご入院(通院)の病院または診療所	病院名	〇〇〇病院
	所在地	渋谷区〇〇5丁目22番地1号
	電話番号	XXX-XXXX-XXXX
	主治医	外科 〇〇 〇〇 先生

上記の内容が事実と相違ないことを確認します。後日万一事実と異なることが判明した場合は、受領した保険金を返還いたします。

20XX年 1月 26日

【請求者(受取人)】

住 所 **東京都渋谷区代々木1-36-4**
氏 名 **全理 太郎** 被保険者との続柄(**本人**)

<ご注意> 診察(入院・通院)をされた上記の病院または診療所に、この報告書の内容についてお伺いすることがあります。あらかじめご了承ください。

8. 傷害・疾病 事故通知書(所得補償コース用) 不用

- ①各項目とも必ず記入してください。
- ②加入者(被保険者)氏名欄の捺印をしてください。
- ③傷病名、入通院先は必ず記入してください。
- ④事故(傷害)の原因および状況、病気の状況については詳しく記入してください。
- ⑤「現時点での就業状況」欄について、必ずどちらかに○をしてください。

死亡した場合の記入例

療養補償共済 傷害・疾病 事故通知書(所得補償コース用)										
全国理容生活衛生同業組合連合会 御中										
2021年 5月 20日										
加入者番号	(〇〇〇) 組合 (〇 〇) 支部			番号 (× × ×)						
店名	全理理容店		店主名	全理太郎		所在地	東京都渋谷区代々木1-36-4 TEL 03 (3379) 4111			
加入者(被保険者)	住所	〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-36-4 TEL 03 (3379) 4111				氏名	全理太郎			
性別	① 男 ・ 2. 女		生年月日	昭和 平成 46年 2月 23日生		年齢	満 50才			
事故場所						事故日または発病日	2021年 1月 15日			
傷病名	肺がん			入通院先	〇〇総合病院 内科 TEL XX (XXXX) XXXX					
事故の原因および状況	<p>2021年1月中旬頃よりせき込むようになり、我慢しつつ仕事を続けていました。その後、胸がだんだんと苦しくなり、病院で診察を受け、入院治療しましたが4/30永眠。</p> <p style="text-align: center;">(病気の場合は、既往症の有無、自覚症状の発現日等をご記入願います。)</p>									
就業不能期間の見込	2021年 2月 1日~2021年 4月 30日の期間就業不能と見られる。									
現時点での就業状況	記入日現在 就業中 ・ (休業中) (どちらかに○をして下さい。)									
店舗規模	従業員数(2)名		椅子台数(4)台							
保険期間	年	月	日より1年間	証券番号		枝番		加入口数()口		
保険期間	年	月	日より1年間	証券番号		枝番		加入口数()口		
保険期間	年	月	日より1年間	証券番号		枝番		加入口数()口		
保険期間	年	月	日より1年間	証券番号		枝番		加入口数()口		
〇〇〇 理容生活衛生同業組合	理事長	印		部長	印		支部長	印	扱者	印
全国理容生活衛生同業組合連合会	理事長	担当役員		事務局長	部長	課長		扱者		
営業受付印	特約による入金		営業	査定受付印	未払計上日		年 月 日	査定印		
					未払計上額		円			

2019.05

9. 給付金(保険金)請求書

- ①請求書下欄の各項目についてご確認をお願いします。
- ②「就業不能直前過去1年間の所得」欄は必ず記入してください。
- ③加入者(被保険者)が未成年の場合、受取人欄には親権者名を記入し捺印してください。続柄も必ず記入してください。

死亡した場合の記入例

全 理 連 療養補償共済制度 (所得補償コース)	<h2 style="margin: 0;">全理連・療養補償共済制度 所得補償コース</h2> <h3 style="margin: 0;">給付金(保険金)請求書</h3>	20XX年 5月 20日		
損害保険ジャパン株式会社 宛		〇〇〇 理容生活衛生同業組合		
下記の通り委任を受けましたので、関係書類を添付して保険金を請求いたします。 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求します。 なお、指定口座への振込をもって保険金の支払がなされたものと認めます。				
請求者 (理事長) 〇〇〇 〇〇〇		印		
私は上記保険金請求者を代理人と認め、上記保険事故にかかわる保険金請求ならびに受領に関する一切の権限を委任いたします。				
同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。本書面では同様とします)から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払を受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します。(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済等から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います)。また、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。貴社が本保険金請求に関する私の個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定等)・引受判断および各種サービスの提供のために取得・利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報下記のとおり取得・利用・提供することに同意します。		20XX年 5月 20日 (住所) 東京都渋谷区代々木1-36-4 TEL 03(3379)4111 (フリガナ) ゼンリ ハナコ 氏名 全理 花子		
①貴社が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度の確認、損害賠償義務者への求償手続等のために、保険事故の関係者(保険事故の当事者、損害保険会社・共済、医療機関、社会保険、修理業者等をいいます。)、業務委託先(保険代理店を含みます。)、警察署、消防署、その他必要な関係先に対して個人情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。 ②貴社が、契約者に対して、事故状況、経過、支払内容等の情報について提供すること。 ③貴社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、貴社のグループ会社、他の損害保険会社・共済等に個人情報の提供もしくは個人データの登録を行い、またはこれらの者から提供を受ける場合があること。 ④貴社が、再保険金の受領のために再保険引受会社等に個人情報の提供を行う場合があること。 ⑤他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提出すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また貴社から提供を受け、利用すること。 ※個人情報には、過去および将来に取得するもの、並びに事業の適切な運営を確保するため業務遂行上必要な範囲で、事故事実・損害の確認に必要となる医療情報および請求権者・相続人確定に必要な戸籍関連情報が含まれます。				
県名 〇〇〇	支店名 〇〇〇	加入者被保険者 フリガナ ゼンリ タロウ	資格 ①組合員 ②従業員 ③家族	就業不能直前過去1年間の所得 600万 円
名 〇〇〇	加入者番号 〇〇〇	全理 太郎 男 〇歳	就業不能開始日 20XX年 2月 1日	内払回目 第1回目または最終回
傷病発生日 20XX年 1月 15日 <small>(病気の場合は医師の診断による発病日)</small>	就業不能開始日 20XX年 2月 1日	傷病発生期間 20XX年 2月 1日より ()日間-4日間 20XX年 4月 30日まで =()日間	給付金請求額 円	
重複契約 (他にも所得補償契約がある場合必ずご記入ください。)				
原加入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
口数	()口	()口	()口	()口
給付金額	円	円	円	円
保険金振込先 (上記理容生活衛生同業組合があらかじめ指定した口座)				
年 月 日より1年間	証券番号	枝番	前年内容	営業課支社受付印 S/C受付印
〇〇〇 理容生活衛生同業組合	理事長 印	部長 印	支部長 印	取扱者 印

☆ 太枠内の各項目は必ずご記入ください。
 ☆ 1~2枚目には必ずご捺印ください。
 ☆ 3枚目の診断書は医療機関で作成していただき、請求書とともに組合にご提出ください。
 ☆ 4枚目の申告書は診断書が省略できる場合、被保険者ご本人でご記入ください。

2023.06

10. 同意書

- ①加入者(被保険者)本人または親権者(加入者(被保険者)が未成年の場合)が記入し捺印してください。
- ②「同意書」は保険会社が医師に診断内容を確認するための重要な書類ですので、必ずすべての項目を記入して提出してください。
- ③加入者(被保険者)が死亡した場合は、上段の患者住所・氏名・生年月日は加入者(被保険者)のものを記入し、下段の住所・氏名・続柄は代表相続人のものを記入し捺印してください。

死亡した場合の記入例

全理連・療養補償共済制度 所得補償コース	
同 意 書	
	20XX 年 5 月 20 日
主治医殿	
患者住所 <small>(下記住所と相異 する場合のみ記載)</small> 患者氏名	<u>全 理 太 郎</u>
生年月日	(昭和)・(平成) XX 年 2 月 23 日
<p>保険契約に関する調査のため、損害保険ジャパン株式会社または同社が委嘱する者が本書を提出し、上記患者の傷病に関して患者が診察・治療・検査を受けた病院・診療所・接骨院等に対し、下記事項を行うことにつき同意しますので、照会がありましたときは、ご腹藏なくおこたえ下さいますよう、よろしくご依頼申し上げます。</p> <p>なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。</p>	
記	
<ol style="list-style-type: none">1. 患者に関するすべての傷病内容(傷病名、症状、治療内容、既往症など)を照会あるいは面談し、回答を受けること。2. 患者に関する画像診断のフィルム、その他の検査記録を借用または謄写すること。3. 患者に関する診断書、診療報酬明細書、および損害保険ジャパン株式会社の求める文書の作成・発行を依頼し受領すること。	
住 所	<u>東京都渋谷区代々木1-36-4</u>
氏 名	<small>(患者又は 同居の親族)</small> <u>全 理 花 子</u> (印)
患者との続柄	<small>(同居の親族の場合)</small> <u>配偶者</u>
	以上
※本同意書は給付金請求書とともに組合にご提出ください。	
㊟	

11. 確認書1

支払金額100万円以下の場合

法定相続人代表者が代表して保険金請求権を組合へ委任する場合にご使用ください。

20XX 年 5 月 20 日

損害保険ジャパン株式会社 御中

確認書

(法定相続人代表者)

住所 東京都渋谷区代々木1-36-4

氏名 全理花子 (実印)

(代理人)

住所 ○○○○○○○○○○○○○○○○

○○○○理容生活衛生同業組合

氏名 理事長 ×× ×× (印)

下記保険契約に関する保険金の請求につき、私全理花子は全相続人を代表し、○○○理容生活衛生同業組合を代理人と定めて、下記所得補償保険金の請求および受領に関する権限を委任します。

なお、後日、本件に関し、他の相続人または他の第三者から異議が申し立てられた場合には、受領した保険金を私全理花子と○○○理容生活衛生同業組合が連帯して損害保険ジャパン株式会社（以下、「損保ジャパン」）に全額返還することを確約します。

また、私全理花子の個人情報を損保ジャパンの社員またはその委託を受けたものが以下【個人情報に関する同意事項】のとおり取扱うことに同意します。

記

1. 保険種目:
2. 証券番号: 第.....号
3. 保険契約者名: 全国理容生活衛生同業組合連合会
4. 被保険者名: 全理太郎
(保険の補償を受けられる方)
5. 事故年月日:年.....月.....日

【個人情報に関する同意事項】

損保ジャパン（以下、「当社」と言います。）は、本保険金請求に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱い商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①から④まで、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。

- ①当社が、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
- ②当社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。
- ③当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。
- ④当社が、国内外のグループ会社や提携先会社に提供を行い、その会社が取り扱い商品・サービスの案内・提供およびその判断等に利用することがあります。

なお、保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、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します。当社の個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）、グループ会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト（<http://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧ください。

以上

(注) 印鑑証明書および除籍謄本（法定相続人であることを確認できるもの）をご添付ください。

12. 確認書 2

支払金額100万円超500万円以下の場合

法定相続人代表者が代表して保険金請求権を組合へ委任する場合にご使用ください。

20XX 年 5 月 20 日

損害保険ジャパン株式会社 御中

確認書

(法定相続人代表者)

住所 東京都渋谷区代々木1-36-4

氏名 全理花子 (実印)

(代理人)

住所 ○○○○○○○○○○○○○○○○

○○○○理容生活衛生同業組合

氏名 理事長 ×× ×× (印)

下記保険契約に関する保険金の請求につき、私全理花子は全相続人を代表して、○○○理容生活衛生同業組合を代理人と定めて、保険金の請求および受領をします。

また、私全理花子は被保険者と同居していた法定相続人に相違ありません。後日、本件に関し、他の相続人または他の第三者から異議が申し立てられた場合には、受領した保険金を私全理花子と○○○理容生活衛生同業組合が連帯して損害保険ジャパン株式会社(以下、「損保ジャパン」)に全額返還することを確約します。

また、私全理花子の個人情報を損保ジャパンの社員またはその委託を受けたものが以下【個人情報に関する同意事項】のとおり取扱うことに同意します。

記

1. 保険種目:
2. 証券番号: 第.....号
3. 保険契約者名: 全国理容生活衛生同業組合連合会
4. 被保険者名: 全理太郎
(保険の補償を受けられる方)
5. 事故年月日:年.....月.....日

【個人情報に関する同意事項】

損保ジャパン(以下、「当社」と言います。)は、本保険金請求に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うこと(以下、「当社業務」と言います。)に利用します。また、下記①から④まで、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。

- ①当社が、当社業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
- ②当社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。
- ③当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。)があります。
- ④当社が、国内外のグループ会社や提携先会社に提供を行い、その会社が取り扱う商品・サービスの案内・提供およびその判断等に利用することがあります。

なお、保健医療等のセンシティブ情報(人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、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します。当社の個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)、グループ会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト(<http://www.sompo-japan.co.jp/>)をご覧ください。

以上

(注) 印鑑証明書および除籍謄本(法定相続人であることを確認できるもの)をご添付ください。

13. 診断書

病院または診療所等医療機関の医師に記入していただいでください。

全 理 連
療 養 所 得

診 断 書

むちうち症・腰痛の場合、他覚症
状の有無を詳細にご記入下さい。

カルテNo																																			
傷病者	住所																																		
	氏名																																		
①健保 ②国保 ③労災 ④自費 ⑤その他 ()																																			
職業	男・女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
年 月 日生(才)																																			
傷病名および受傷部位・態様																																			
初診日	年 月 日 発病日または受傷日 年 月 日																																		
発病または受傷の原因 (傷病者申告の内容を詳細にご記入下さい。)																																			
初診から現在までの主要症状並びに治療内容	他覚所見の有無、検査結果 画像所見(X-P. CT. MRI) 異常 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> () 神経学的所見 異常 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> () 当該傷病の治療歴の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (病院名:) 治療時期(年 月 日) 治療に影響をおよぼした既往症の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> () 有の場合(傷病及び疾患名:)																																		
今回の傷病に関して実施した手術(該当する項目に○印をつけ、具体的な手術名、手術日を右欄にご記入下さい)。 手術の種類: <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> 筋骨関係の観血手術 <input type="checkbox"/> 25cm以上の植皮手術 <input type="checkbox"/> その他	手術名 手術日 (実施した手術を全てご記入下さい)																																		
入院治療 日間(うち外泊日数) 日	実 通 院 治 療 日 (○印をつけてください)																																		
年 月 日 ~ 年 月 日	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																			
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																			
通院治療 日間(うち治療実日数) 日	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																			
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																			
固定具使用の場合 ギブス固定: 固定部位 から まで : 使用期間 月 日 ~ 月 日	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																			
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																			
シーネ、ポリネック、コルセット、その他()の固定 : 固定部位 から まで : 使用期間 月 日 ~ 月 日	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																			
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																			
患者による脱着: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																			
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																			
就業が全く不可能な期間 年 月 日 ~ 年 月 日	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																			
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																			
年 月 日 治療 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/>	後遺障害残存見込 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (内容:)																																		

本欄は制度運営に重要となりますので必ずご記入をお願いいたします。

損害保険ジャパン株式会社 御中

上記の通り診断いたします。

年 月 日 所在地

病院名 TEL.

医師氏名 ㊟ ㊿

所得補償