

療養補償共済制度 (医療補償コース)

共済制度ガイドブック

療養補償共済制度(医療補償コース)

制度改訂の変遷

平成14年10月1日	制度発足
平成20年4月1日	給付金(保険金)不払い者への診断書料補助金の新設
平成22年10月1日	掛金額の改訂 基本補償 入院給付金(保険金)の対象拡大(精神障害による入院を追加) 基本補償 手術給付金(保険金)の対象拡大(入院を伴わない外来手術を追加)
平成26年10月1日	がん特約補償 がん診断給付金(保険金)の複数回支払を追加 手術給付金(保険金)の倍率を(外来の場合は入院給付日額の5倍、入院を伴う場合は入院給付日額の10倍に変更)、「がん長期入院増額給付金(保険金)」より「がん入院一時給付金(保険金)」に変更、「がん退院後療養給付金(保険金)」より「がん退院一時給付金(保険金)」に変更、先進医療費用給付金(保険金)の対象拡大(「がん治療のみ」より「傷害・疾病全般」に拡大)、介護一時給付金(保険金)新設等
平成28年10月1日	掛金の改訂
平成29年10月1日	告知欄の変更、加入時の告知内容でG群(筋肉・関節の疾病)、Z群II欄(その他の疾病)の特定疾病の削除
令和5年10月1日	介護一時金お支払対象の拡大による掛金改訂
令和6年10月1日	がん診断給付金、がん退院一時金改訂

療養補償共済制度(医療補償コース)

療養補償共済制度(医療補償コース)の概要

療養補償共済制度(医療補償コース)は、損害保険会社が行う医療補償保険による、組合員・従業員およびその家族のための制度です。

これは、組合員・従業員およびその家族が傷害や疾病で入院した場合等を補償するものであり、理容業による所得がない方も、本制度に加入することができます。

療養補償共済制度としては、「所得補償コース」を別途実施していますが、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るのに対し、本制度(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)を支払うものであり、性格が異なります。たとえば、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所得補償コースでカバーされますが、入院にかかる費用(医療費の自己負担、差額ベッド代等)についてはカバーされないため、本制度への加入が望まれるところではあります。

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。

療養補償共済制度(医療補償コース)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) 新規加入時に、満5歳以上満79歳以下の方

なお、更新継続すれば、終身加入できます。

- 【注】 1. 所得補償コースと異なり、理容業以外の職業の方、所得のない方でも加入できます。
2. 加入申込者(組合員)が組合を脱退した場合は本制度からも脱退となります。
3. 加入申込者は組合員に限ります。

2. 加入日(契約日)

加入日は毎月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、所得補償コースと異なり、加入月にかかわらず、10月1日までを加入期間(契約期間)とする一契約となります。(10月以外の月に加入した方については、10月1日までの中途加入となります。)

3. 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「健康状態告知欄」について、必ず加入者(被保険者)本人(注、下記参照)が告知の上、署名・捺印を行ってください。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。

(注) 加入者(被保険者)が15歳未満の場合は、親権者が告知を行ってください。

(2) 告知の内容によっては、加入できない場合、または特定の病気・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を認める場合があります。

(3) 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が、告知した病気・症状が再発した場合や、加入日前の病気・症状が再発した場合には、それらの病気・症状については給付金(保険金)支払の対象とはなりません。

(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。

4. 加入期間(契約期間)

10月1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。

- 【注】 所得補償コースと異なり、10月1日以外に中途加入された場合も、加入期間(契約期間)は10月1日までとなります。(208頁2. 加入日(契約日)参照)

5. 免責入院日数

基本補償・がん特約補償は、免責入院日数はありません。入院が1日だけでも補償しますので、いわゆる「日帰り入院」（たとえば、夜中の3時に病院に運び込まれ、当日の夕方に退院した場合等）も補償の対象となります。

※入院基本料の支払の有無で入院か否かを判断します。

6. 支払限度日数

<基本補償>

入院給付金（保険金）については、1回の入院につき1,000日を限度とします。また、疾病入院のみ加入期間通算の限度日数も1,000日となります。

<がん特約補償>

入院給付金（保険金）について、支払限度日数はありません。（無制限）

外来治療給付金（保険金）については、1つの原発がんにつき120日を限度とします。

7. 掛金（掛け捨て）

掛金は毎月払いとし、年齢により決まります。月額掛金は下記の掛金表のとおりです。

区 分	年 齢	月額掛金
Aグループ	5歳～24歳	690円
Bグループ	25歳～44歳	930円
Cグループ	45歳～54歳	1,700円
Dグループ	55歳～64歳	2,920円
Eグループ	65歳～69歳	4,880円
Fグループ	70歳～74歳	6,810円
Gグループ	75歳～79歳	9,000円
Hグループ	80歳～84歳	12,490円（継続加入のみ）
Iグループ	85歳～89歳	17,180円（継続加入のみ）
Jグループ	90歳～	23,820円（継続加入のみ）

※年齢は加入日における満年齢

- 【注】** 1. 年齢があがることにより更新時（10月1日）に年齢区分が変わる場合には、掛金に変更となります。
2. 満80歳以上は継続加入に限ります。新規加入はできません。
3. 生年月日の記入誤りにより掛金に変更が生じる場合、当該年度分に限り、差額分を精算します。
4. 複数口、加入することはできません。

8. 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)は下記の給付金額表のとおりです。

<基本補償>

給付金(保険金)の種類	給付金額(保険金額)
傷害・疾病 入院給付金(保険金)	日額 3,000円
傷害・疾病 手術給付金(保険金) (入院日額の5倍または10倍)	1.5万円または3万円

<がん特約補償>

給付金(保険金)の種類	給付金額(保険金額)
がん入院給付金(保険金)	日額 5,000円
がん手術給付金(保険金) (入院日額の5倍または10倍)	2.5万円または5万円
がん診断給付金(保険金)	100万円
がん入院一時金	5万円
がん退院一時金	10万円
がん外来治療給付金(保険金)	日額 2,500円

令和6年10月1日始期契約より補償内容の一部変更

給付金(保険金)の種類	給付金額(保険金額)
がん診断給付金(保険金)	70万円
がん退院一時金	5万円

<その他の補償>

給付金(保険金)の種類	給付金額(保険金額)
先進医療等費用給付金(保険金)	500万円限度
介護一時金	30万円

※手術給付金(保険金)の入院日額に対する倍率は、外来手術の場合で5倍、入院中の手術の場合で10倍となります。

(2) 給付金(保険金)の支払方法

①内払い請求

入院が1ヵ月以上継続する場合で、加入者(被保険者)または受取人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。

請求のつど、原則として1ヵ月単位(複数月可)で給付金(保険金)を支払います。

詳しくは、(230頁2. 給付金(保険金)の内払い)を参照してください。

②給付金(保険金)の減額支払

イ. 当該入院治療内容が、外来通院での治療が可能である場合には、入院全期間が支払対象とはならず、入院での治療が必要な期間に相当する金額を決定して給付金(保険金)を支払います。

ロ. 給付金(保険金)の支払対象となっていない身体障害(加入日より前からある病気等)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、この制度では、その影響がなかった場合に相当する金額を決定して給付金(保険金)を支払います。(218頁3. 減額給付参照)

9. 給付金(保険金)の種類と給付金(保険金)を支払う場合

日本国内・国外、また、業務中・業務外を問わず、加入後に被った傷害や加入後に発病した疾病により入院した場合等に下記の給付金(保険金)を支払います。

<基本補償>

①傷害・疾病入院給付金(保険金)

傷害または疾病により入院した場合に、その入院日数に対し、1日につき傷害・疾病入院給付金(保険金)3,000円を支払います。

※1回の入院につき、1,000日を限度とします。また、疾病入院のみ加入期間通算の限度日数も、1,000日となります。

②傷害・疾病手術給付金(保険金)

傷害または疾病を被り、その傷害・疾病の治療を目的として医科診療報酬点数表に手術料の算定対象として列挙されている手術または放射線治療に該当する診療行為を受けた場合、傷害・疾病入院給付金(保険金)日額に定められた倍率(外来手術は5倍・入院手術は10倍)を乗じた金額(1.5万円または3万円)を支払います。

※同日に2種類以上の手術を受けた場合、倍率の高いいずれか1種類の手術についてのみ支払います。

※加入期間(契約期間)中、異なる日程で複数回手術を受けた場合は、そのつど手術給付金(保険金)を支払います。

<がん特約補償>

加入者(被保険者)が被った疾病が悪性新生物(がん)である場合に、前頁の基本補償に加えて下記の給付金(保険金)を支払います。

※給付金(保険金)支払の対象となる「悪性新生物(がん)」には、上皮内がんを含みます。

※新規加入日から90日を経過した日の翌日以降の発病について補償します。(がん診断給付金(保険金)を除く。)

①がん入院給付金(保険金)

悪性新生物(がん)により入院した場合に、その入院日数に対し、1日につきがん入院給付金(保険金)5,000円を支払います。

※支払限度日数はありません。

②がん手術給付金(保険金)

がんの治療を目的として所定の手術または放射線治療に該当する診療行為を受けた場合、がん入院給付金(保険金)日額に定められた倍率(外来手術は5倍・入院手術は10倍)を乗じた金額(2.5万円または5万円)を支払います。

※同日に2種類以上の手術を受けた場合、倍率の高いいずれか1種類の手術についてのみ支払います。

※加入期間(契約期間)中、異なる日程で複数回手術を受けた場合は、そのつど手術給付金(保険金)を支払います。

③がん診断給付金(保険金)

悪性新生物(がん)と診断確定された場合に、がん診断給付金(保険金)を支払います。

がん診断給付金(保険金)のお支払い条件は以下の通りとなります。

<初回のお支払い>

初めて悪性新生物(がん)と診断確定されたとき。

<2回目以降のお支払い>

前回はがん診断給付金(保険金)の支払対象となったがんおよびそのがんから転移したことが確認された

がん以外の新たな原発がん^(注)と診断確定されたとき。

(注)・前回のがんから転移したことが確認されたがんは対象外です。

・転移がん、原発がんの判別は主治医の診断書に基づき判断されます。診断書により判断ができない場合は医療照会または医療調査を行い判別します。

「がん診断給付金(保険金)」のお支払いは、保険期間(1年間)を通じ1回が限度になります。

④がん入院一時金

悪性新生物(がん)で累計181日以上入院した場合に、一時金(5万円)を支払います。

⑤がん退院一時金

悪性新生物(がん)で累計21日以上継続入院後、生存して退院した場合に、がん退院一時金を支払います。

⑥がん外来治療給付金(保険金)

責任開始日以降の保険期間中にがんと診断され、その直接の結果として外来治療を開始した場合、外来治療給付金(保険金)2,500円を支払います。

※120日を限度に支払います。

※1つの原発がんにつき120日を限度とします。

<その他の補償>

①先進医療等費用給付金(保険金)

傷害・疾病全般に係る治療全般について、日本国内で先進医療や臓器移植術を受けたときに生じる以下の費用に対し、先進医療等費用給付金額(保険金額)500万円の範囲内で実際の負担額を支払います。

イ. 先進医療の技術料

ロ. 先進医療を受けるために必要とした病院等までの「交通費」など

※先進医療とは、特定承認保険医療機関において行われる医療のうち、厚生労働大臣が承認した医療をいいます。先進医療に該当する医療技術は定期的に見直しされるため、最新の情報については厚生労働省のホームページでご確認ください。

②介護一時金

傷害・疾病などにより以下①または②のいずれかに該当した場合に、介護一時金を支払います。

要介護状態について

①公的介護保険制度を定める法令に規定された要介護区分の要介護2から5までに該当する認定を受けた場合。

②損保ジャパンが定める所定の要介護状態が90日を超えて継続した場合。

介護一時金の請求にあたっては要介護状態の原因となる傷害・疾病などの要因が平成26年10月1日以降の契約期間中に発生していることが条件となります。

請求する場合、まず「要介護状態説明書」を介護者に記入していただき、ご提出ください。

保険会社が「要介護状態説明書」を確認し、該当すると判断されたら医師に「診断書(介護用)」の作成を依頼してください。

※一度給付金(保険金)が支払われるとこの特約は失効するため、お支払いは一回限りとなります。

10. 給付金(保険金)を支払わない主な場合

(1) 始期前発病

入院の原因となった身体障害を被った時が、次の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)の支払対象となりません。ただし、初年度契約の保険期間の開始日より前に発病した病気または発生した事故によるケガを原因とする入院であっても、初年度契約の保険始期日を含めて1年を経過した後に入院を開始した場合は、給付金(保険金)を支払います。(がん診断給付金(保険金)およびがん特約補償を除く。)

- 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) 群疾病不担保

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。(218頁2. 群疾病不担保参照)

(3) 告知内容が事実と相違する場合

加入時の告知の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)のお支払いができないことがあります。その場合、掛金の返金はありません。

(4) 待機期間(「がん診断給付金(保険金)」を除くがん特約補償のみ)

新規加入の場合、加入日から90日(待機期間)を経過した日の翌日(責任開始日)より前に診断確定されたがんについては給付金(保険金)を支払いません。また、がん特約補償は無効となります。(無効とは契約すべての効力が契約締結時から生じなかったとして取り扱われることです。)

(5) 免責条項(主なもの)

次のような事由の場合、給付金(保険金)はお支払いできません。

<基本補償>

① 傷害および疾病に共通の事由

- ・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
- ・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
- ・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
- ・無資格運転、酒気帯び運転等
- ・妊娠、出産。ただし、異常分娩等、「療養の給付」等の支払いの対象となる場合を除きます。
※異常分娩…帝王切開など。
- ・戦争、外国の武力行使、暴動(テロ行為を除きます。)、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。)
- ・放射線照射、放射能汚染による傷病
- ・頸部症候群(「むちうち症」)または腰痛などで自覚症状のみであり、それらの症状を裏付けるに足りる医学的他覚所見のないもの。

② 傷害のみについての事由

- ・危険な運動等^(注)を行っている間に生じた事故
(注)山岳登山(ピッケル、アイゼン、ザイル、ハンマー等の登山用具を使用するもの)、リュージュ、ボブスレー、スカイダイビング、ハンググライダー搭乗、超軽量動力機(モーターハンググライダー、マイクロライト機、ウルトラライト機等)搭乗、ジャイロプレーン搭乗その他これらに類する危険な運動

- ・自動車、原動機付自転車等による競技、競争、興行または試運転をしている間に生じた事故

③疾病のみについての事由

- ・薬物依存、アルコール依存

<がん特約補償>

- ・加入者(被保険者)の故意または重大な過失
- ・加入者(被保険者)の自殺行為、犯罪行為または闘争行為
- ・戦争、外国の武力行使、暴動(テロ行為を除きます。)、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。)
- ・放射線照射、放射能汚染による傷病

(6)対象外となる入通院・手術

①入通院

- ・人間ドックなど健康保険適用外の検査目的の入通院(治療ではないため)
- ・生体移植ドナー等による入院

②手術

- ・疾病手術給付金(保険金)において、医療診療報酬点数表または歯科診療報酬点数表にて一連の手術に該当する一部の手術(例：体外衝撃波結石破碎術など)については、60日間に1回の支払を限度とするものがあります。
- ・創傷処理、皮膚切開術、デブリードマン、骨または関節の非観血的または徒手的な整復術・整復固定術および授動術、抜歯手術、鼻焼灼術、美容整形上の手術、疾病を直接の原因としない不妊手術、診断・検査のための手術、視力矯正を目的としたレーザー・冷凍凝固による眼球手術(レーシック手術等)など
- ・骨髄幹細胞の採取を目的とした手術(自家移植を除く。)につきましても、疾病手術給付金(保険金)のお支払い対象となります。

11. 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。

12. 再入院の取扱い

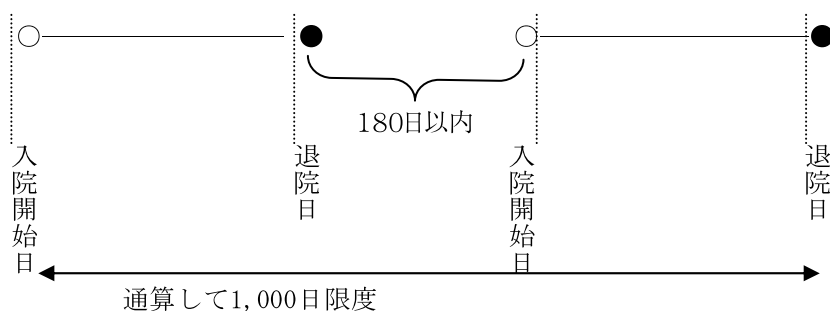
入院を終了した後、加入者(被保険者)が、その入院の原因となった傷病と同一の傷病によって再入院したときは、後の入院と前の入院とを合わせて1回の入院とみなします。

ただし、疾病による入院の場合、入院を終了した日からその日を含めて180日を経過した日の翌日以降に加入者(被保険者)が再入院したときは、後の入院は前の入院とは異なった入院とみなします。

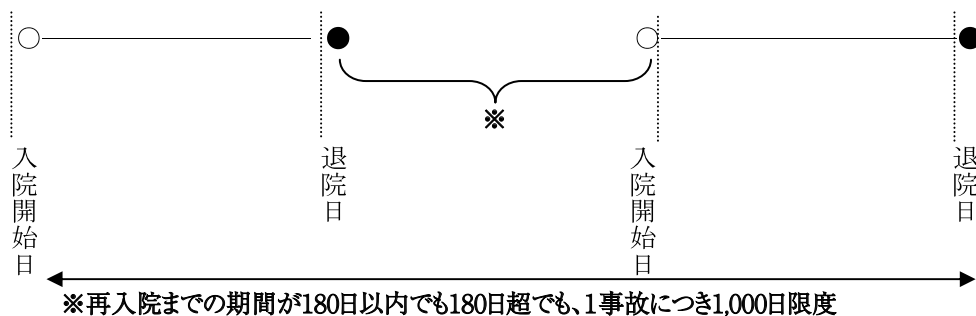
※○…入院開始日、●…退院日

1回の入院とみなすケース

〈疾病による入院の場合〉

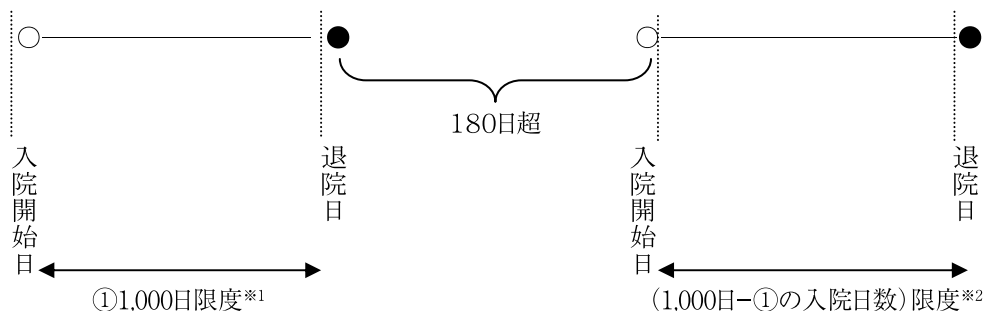


〈傷害による入院の場合〉



異なる入院とみなすケース

〈疾病による入院の場合〉



※1. 1,000日…実数

※2. 疾病による入院の場合、全加入期間を通じて通算1,000日まで入院を補償します。

※3. 傷害による入院の場合、通算1,000日以上になっても1つの事故でなければ(それぞれの事故による入院であれば)入院給付金(保険金)のお支払いが可能です。

がん特約補償特有の取扱いについて

1. がん特約補償責任開始日と悪性新生物診断確定日

新規加入の場合、加入日から90日（待機期間）を経過した日の翌日が、がん特約補償の責任開始日（効力発生日）となります。責任開始日以前に「がん」と診断確定した場合は、がん特約補償の給付金（保険金）の支払対象とはなりません。また、がん特約補償は無効となります。（がん診断給付金（保険金）を除く。）

仮に、「がん」の病名告知を受けたのは91日目以降であっても、診断確定が責任開始日以前になされた場合、がん特約補償の給付金（保険金）は支払対象外ですのでご注意ください。（がん診断給付金（保険金）を除く。）

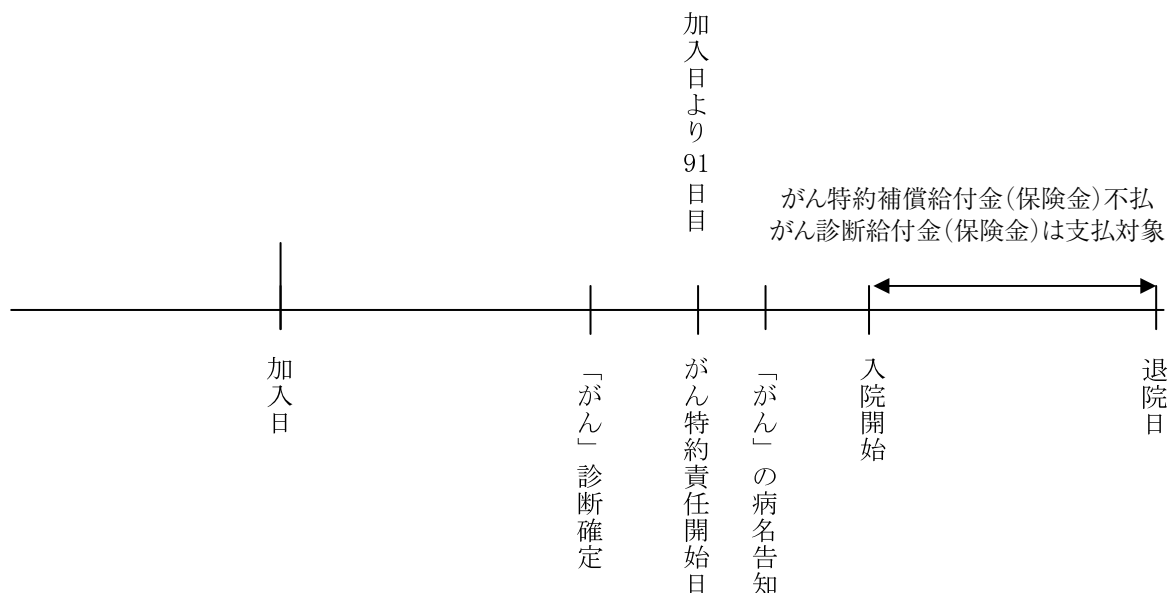
<診断確定とは>

医師（加入者（被保険者）が医師である場合は、加入者（被保険者）以外の医師）によって病理組織学的所見（生検）によりがんと診断されることをいいます。ただし、病理組織学的所見が得られないときは、他の検査等による診断を認める場合があります。

（他の検査の例）・生体の一部の細胞ないし組織をとって検査する細胞診
・死亡後の剖検（解剖検査）

なお、基本補償については待機期間がなく、加入日が責任開始日となりますので、加入後に発病したがんであれば基本補償では給付金（保険金）の支払対象となりますが、がん特約補償では給付金（保険金）の支払対象にならないという場合があります。

がん特約補償給付金（保険金）の支払対象とはならない場合



2. がん診断給付金（保険金）の支払方法

「がん診断給付金（保険金）」は、「がん」と診断確定された時に支払われます。更新日（毎年10月1日）から1年間に1回が限度となります。入院や手術の予定が決まっていなくても「がん診断給付金（保険金）」のみでも請求できます。

3. がん退院一時金の支払方法

「がん退院一時金」は、入院（入院給付金（保険金）の対象となる入院）が、累計21日以上継続し、加入者が生存して退院した場合、何度でも支払われます。

ただし、給付金（保険金）が支払われることとなった最後の入院の退院日からその日を含めて30日に満たない日に開始した入院については、給付金（保険金）をお支払いしません。

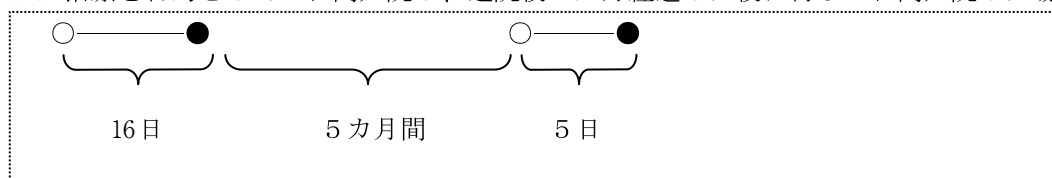
「がん退院一時金」の支払例（○は「入院開始日」、●は「退院日」）

（例1）がん治療を目的として30日間入院し、退院後1年経過した後に再び21日間入院した場合



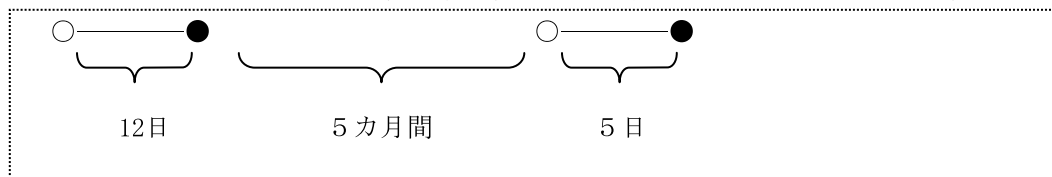
→ 「がん退院一時金」は2回支払われます。

（例2）がん治療を目的として16日間入院し、退院後5カ月経過した後に再び5日間入院した場合



→ 「1回の入院(16日+5日)」となることから、
「がん退院一時金」は1回支払われます。

（例3）がん治療を目的として12日間入院し、退院後5カ月経過した後に再び5日間入院した場合



→ 入院日数(12日+5日)が21日に満たないため、
「がん退院一時金」は支払われません。

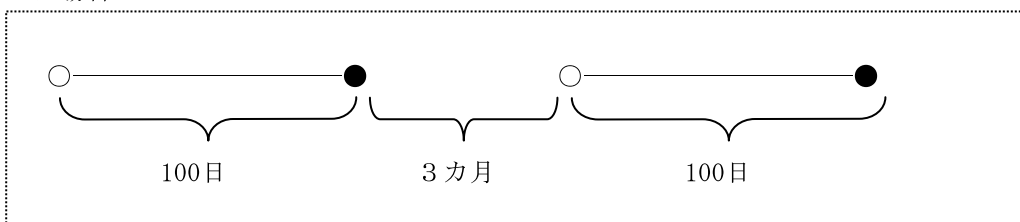
4. がん入院一時金の支払方法

悪性新生物(がん)で累計181日以上入院した場合に、一時金を支払います。

ただし、給付金（保険金）が支払われることとなった最後の入院の退院日からその日を含めて30日に満たない日に開始した入院については、給付金（保険金）をお支払いしません。

「がん入院一時金」の支払例（○は「入院開始日」、●は「退院日」）

（例）がん治療を目的として100日間入院し、退院後3カ月経過した後に再び100日間入院した場合



→ 180日以内の再入院のため「1回の入院(100日+100日)」となり、入院日数は181日以上あることから「がん入院一時金」は、1回分支払われます。

具体的事故例の取扱い

<基本補償>

1. 始期前発病

(1)腰部脊柱管狭窄症にて加入する10カ月前に受療歴が有り、医師より腰部ヘルニアを指摘され手術を勧められていた。その後多忙にて治療は受けていなかったが、加入後に症状が悪化し手術を受けた。

【解説】治療の中断があった場合も、前回根治術が行われておらず、画像所見や医師の診断にて病気の同一性が明確に認められる際、給付金（保険金）の対象とならない場合があります。

2. 群疾病不担保

(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。

3. 減額給付

(1)加入前に胆石症の診断を受けた方が（加入時に胆石症の告知があり、B群〔肝臓・胆のう・すい臓の疾病〕不担保の条件で加入）、加入後に発病した胃潰瘍と、胆石症の合併で1カ月間入院し、胆石症の手術を受けた。医師の診断では、胆石症がなく胃潰瘍の治療だけであれば入院2週間で退院できたとのことであった。

【解説】胆石症は支払対象外ですが、胃潰瘍は支払対象となるので、胃潰瘍だけであった場合に必要な入院期間として2週間分の給付となります。手術は胆石症の手術であり、胃潰瘍の手術はしていないため、手術給付金（保険金）は支払われません。

(2)尿管結石の診断を受け、手術を勧められたが断って保存的治療とした。入院1週間で痛みはなくなり、外来通院での治療も可能だったが、そのまま1カ月間入院してから退院となった。

【解説】尿管結石で手術をせず保存療法の場合は、痛みが治まれば退院し、以後は外来通院で経過観察をするのが通常です。このような場合、医学的に必要と認められる入院期間相当として入院1週間分の給付となります。

<がん特約補償>

1. 基本補償、がん特約補償ともに支払対象となる事例

加入2カ月後に人間ドックで胸部に異常ありと指摘を受け、精査の結果、加入日より100日目に肺がんと診断確定し入院した。(人間ドックで指摘を受ける以前には症状はなかった。)

【解説】 加入後に初めて異常が発見され、またがん特約補償責任開始日(加入日より91日目)以降にがんと診断確定しているため、基本補償、がん特約補償ともに支払対象となります。

(1) 入院180日まで

入院1日につき基本補償の疾病入院給付金(保険金)3,000円、がん特約補償のがん入院給付金(保険金)5,000円が支払われます。

(2) 入院181日目以降1,000日まで

181日目以降1,000日までについては、上記(1)とがん入院一時金(50,000円)が支払われます。

(3) 入院1,001日目以降

基本補償では1回の入院につき1,000日が上限となります。

がん特約補償については入院支払限度日数がなく、入院1,001日目以降は1日につきがん特約補償のがん入院給付金(保険金)5,000円のみが支払われます。

入院給付金(保険金)日額について

			入院180日まで	181日目～1,000日まで	1,001日目以降
基本補償	疾病入院給付金(保険金)	3,000円			
がん特約補償	がん入院給付金(保険金)	5,000円			
	がん入院一時金	181日以上入院		50,000円	
入院給付金(保険金)合計日額			← 8,000円 →	← 8,000円 →	← 5,000円 →

2. 基本補償は支払対象、がん特約補償は支払対象外となる事例

加入日より1カ月後頃に胃のあたりが重く、食欲がなくなり吐き気もし始めた。次第にひどくなるため検査したところ、胃がんの疑いと診断され、病理組織検査の結果、加入日より85日目に胃がんと診断確定し、加入者(被保険者)が胃がんの告知を受け入院したのが91日目であった。医師の診断による発病日は、加入日より1カ月後頃とのことであった。

【解説】 基本補償(がん診断給付金(保険金)を含む。)については、発病は加入日より1カ月後頃と医師が診断していることから、加入後に発病した病気として支払対象となります。がん特約補償(がん診断給付金(保険金)を除く。)については、加入者(被保険者)が胃がんの告知を受けたのは加入日より91日目ですが、医師によりがんと診断確定した日はがん特約補償責任開始日(加入日より91日目)より前であるため支払対象外です。(がん特約補償は無効となります。)

3. 基本補償は支払対象外、がん特約補償は支払対象となる事例

加入日から100日目に受けた乳がん検診で初めて乳がんの疑いと指摘され、その後乳がんと診断確定した。入院はせずに通院のみで抗がん剤治療を受けた。

【解説】 基本補償では通院治療は支払対象とはなりません。がん特約補償のがん外来治療給付金(保険金)2,500円のみ120日を限度として支払われます。また、がん診断給付金(保険金)100万円も支払われます。

4. その他

(1) 過去にがんの治療歴があるが、本人ががんだと告知されていない場合

加入の5年以上前に、胃がんで手術を受けていたが、本人には医師から「胃潰瘍」の病名しか告げられていなかった。今回、加入後にせきが出るようになり、次第にひどくなるため受診したところ、加入から91日目以降に肺がんと診断確定した。その際、診断書によって肺がんは胃がんからの転移ではなく、新たな別の原発がんであった。

【解説】 基本補償は支払対象となりますが、がん特約補償は支払対象外となります。

肺がんはA群「胃・腸の疾病」に該当しないため、基本補償は支払対象となりますが、加入後であったとしても、責任開始日(保険始期)前に「がん」の診断確定が行われていた事実が判明した場合にはがん特約補償は無効となり、給付金(保険金)の支払対象外となります。(無効とは、契約のすべての効力が、契約締結時から生じなかったものとして取り扱われることです。)

(2) がんのため入院中に死亡された場合

がん診断給付金(保険金)と入院給付金(保険金)について内払いを受けていたが、入院100日目に死亡された。

【解説】 21日以上継続して入院し、かつ生存して退院された場合に「がん退院一時金」が支払対象となるため、死亡して退院された場合には支払対象とはなりません。

お支払い事例のご紹介

令和6年10月以降

(1) 妊娠・出産の異常

加入後に判明した妊娠で、妊娠初期に急にお腹が痛くなり病院に行ったところ、切迫流産の疑いと診断されそのまま7日間入院して退院し、180日後に切迫早産の可能性があり10日間入院して退院した。その後妊娠中毒となり再々入院して帝王切開にて出産、15日入院後に退院した。

【解説】切迫流産、切迫早産、妊娠中毒、帝王切開のための入院給付金(保険金)(32日分)、および帝王切開の手術給付金(保険金)(10倍)が支払対象となります。(ただし、公的医療保険制度等で「療養の給付」等の対象となった入院期間が支払対象となります。)

基本補償のみ	入院給付金(保険金)	$3,000円 \times 32日 = 96,000円$
	手術給付金(保険金)	$3,000円 \times 10倍 = 30,000円$
		合計 126,000円

(2) がん

加入日より前から治療していた既往症のため定期通院中の血液検査で貧血がひどく、精査したところ大腸がんが発見され、加入日から95日目にがんの診断確定となった。30日間入院し、大腸切除手術を受けて退院となった。その後は45日通院した。

(既往症の治療歴は告知されており契約上特定疾病不担保となっています。不担保の特定疾病群と大腸がんとの間に因果関係はありません。血液検査を受けたのは加入日以降です。)

【解説】基本補償・がん特約補償ともに入院給付金(保険金)(30日分)、手術給付金(保険金)(10倍)が支払対象となります。がん特約補償のがん診断給付金(保険金)(70万円)、がん退院一時金(5万円)、がん外来治療給付金(保険金)(45日分)も支払対象となります。

入院給付金(保険金)	$8,000円(3,000円 + 5,000円) \times 30日 = 240,000円$
手術給付金(保険金)	$8,000円(3,000円 + 5,000円) \times 10倍 = 80,000円$
がん診断給付金(保険金)	700,000円
がん退院一時金	50,000円
がん外来治療給付金(保険金)	$2,500円 \times 45日 = 112,500円$
	合計 1,182,500円

Q & A

加入関連

1. 所得補償コースに入っていないと、医療補償コースに入れないのですか？

所得補償コースに加入していなくても加入できます。ただし、既往症等によってはご加入できない場合や条件をつけてご加入いただくこともあります。

2. 心筋梗塞を患ったことがある場合加入できますか？

健康状況告知欄のご加入いただけない場合に該当する項目がなければ加入できます。

3. がんにより治療を受け回復し、何年か経過しており現在は正常に理容業に従事しているが加入できますか？

残念ながら既に完治している方であってもがんになったことのある方はご加入することはできません。

4. 15年前に胃潰瘍になったが加入できますか？

加入できます。ただし、告知日から過去2年以内に胃潰瘍により医師の診察、検査、治療または投薬を受けている場合等は胃・腸の疾病をお支払いできない条件付きでの加入になります。

5. 医療補償コースは、療養補償共済の一部なのですか？

療養補償共済の中に、従来からある「所得補償コース」とは別に、平成14年10月1日に「医療補償コース」が設けられました。所得補償コースとは別に加入が必要です。

6. 医療補償コースの加入条件は何でしょうか？また新たに告知は必要ですか？

新規加入時には5才以上79才以下であること。組合員、従業員、その家族であること。
療養補償共済(所得補償コース)に加入している場合でも新たに告知が必要ですが、告知の内容によってはご加入できない場合もありますのでご了解ください。

7. 所得補償コースを脱退し医療補償コースに加入することができますか？

両コースは告知の条件が異なっております。医療補償コースにご加入の場合は新たに告知が必要となりますが、告知の内容によっては加入できない場合もあります。
また、双方とも加入することによってより充実した補償を得ることが医療補償コースの目的ですので双方の加入をお勧めいたします。

8. 以前、所得補償コースで給付を受けた場合、医療補償コースに加入できますか？

告知の段階でご加入できない場合に該当しなければ加入できます。ただし、過去に所得補償コースで既に給付を受けている傷病等に関連するものについては、給付できない等条件がつくこともあります。

9. 血圧降下剤を毎日飲んでいる場合加入できますか？

高血圧症と診断されている以外に医師の指示により血圧降下剤を服用している場合についても「高血圧症」に該当するため、脳血管・循環器関係の疾病をお支払いできない条件付きでの加入となります。

10. 妊娠している女性は加入できないとのことですが、妊娠の事実を知らなかった場合は？

本人が妊娠の事実を知らなかった場合で、さらに他に加入できない条件に該当しなければ加入できます。

11. 何口まで加入できますか？

複数口の加入はできません。1人1口のみのご加入となります。

給付関連

1. 他社のがん保険に加入しており医療補償コースに加入した場合、双方から給付されますか？

按分されずに給付されます。ただし、先進医療費用は500万円を限度に実際の負担額を補償することになっておりますので、他の医療保険にご加入の場合で、同様の補償がある時は按分されることがあります。

2. 医療補償コースで悪性腫瘍は対象になりますか？

基本補償では加入日後の発病、がん特約補償では責任開始日以降(加入日より91日目以降)に診断確定された場合に支払対象となります。

3. がんになって、基本補償もがん特約補償も一度給付を受けていますが、その後再発した場合の補償はどのようになりますか？

基本補償については、再入院が前の入院と1回の入院とみなされる場合は、通算して入院1,000日まで入院給付金(保険金)の支払対象となります。手術給付金(保険金)については、前回の入院時の手術について給付を受けている場合でも、手術を受けられた場合は給付金(保険金)の支払対象となります。

がん特約補償については、入院給付金(保険金)に支払限度日数がないため、再発して入院された場合は何回でも、何日でも入院給付金(保険金)の支払対象となります。手術については基本補償と同じです。

ただし、がん診断給付金(保険金)については、一度給付を受けたがんの再発の場合は2回目以降は支払われません。

4. 先進医療の内容についてわかりやすい例で説明してください？

都道府県知事が特に承認した医療機関(大学病院等)において行われる医療のうち、厚生労働大臣が承認した医療をいいます。

先進医療に係る費用のうち、診療、検査、入院料等の費用は公的医療保険制度の給付対象となりますが、先進医療の技術に係る費用は自己負担となります。したがって先進医療を受けた場合は、一般の治療に比べて自己負担額が大きくなります。

なお、先進医療に該当する医療技術は定期的に見直されるため、最新の情報につきましては厚生労働省ホームページにてご確認ください。

5. 医療補償コースと所得補償コースに加入していれば双方より給付されますか？

給付されます。医療補償コースと所得補償コースの按分支払はしません。

6. 帝王切開は対象となりますか？

医療補償コースでは支払対象となります。(所得補償コースでは支払対象となりません。)

7. 医療補償コースに死亡保障はないのですか？

死亡保障はありません。

8. 医療補償コースのがん特約補償では、がんの初期段階に見られる「上皮内がん」は支払対象となりますか？

「上皮内がん」もがん特約補償の支払対象となります。

9. 加入後に初めて「がん」と診断されたが、がんであることを本人は知らず、家族だけが知っているといった場合、がん特約補償の支払対象となりますか？

新規加入の場合、加入日より91日目以降に初めて「がん」と診断確定された時は、本人ががんであることを知らない場合であっても、がん特約補償の支払対象となります。

10. 3年間継続して入院した場合途中で給付を受けられますか？

入院が1カ月以上継続する場合、給付金(保険金)の内払請求が可能です。

11. 医療補償コースの給付金(保険金)請求時に所得証明は必要ですか？

医療補償コースのみの給付金(保険金)請求の場合、所得証明は不要です。

掛金関連

1. 年齢が上がることに伴って掛金も変わりますか？

変わります。10月1日の更新時の年齢区分に応じた掛金となります。

事務取扱要領

加入申込・異動通知

1. 加入手続き

新規加入する場合は、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(医療補償コース)

(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 氏名等には必ずフリガナをつけてください。特に生年月日は掛金額に影響しますので、誤りなく正確に記入していただいでください。
- ④ 「告知日」と「健康状態告知欄」は必ず記入していただいでください。

<加入者(被保険者)が15歳未満の場合>

- ・ 親権者が告知の上、「加入申込者(組合員)」欄に署名をいただいでください。(この場合、「被保険者(加入者)」欄には加入者の氏名の記入をいただいでください)
- ・ 加入申込書の右下にある「代理告知者」欄に署名をいただき、被保険者との関係を記入していただいでください。

(3) 留意事項

- ① 基本補償、がん特約補償いずれか一方のみ加入することはできません。
- ② 複数口、加入することはできません。
- ③ 告知の内容によっては、加入できない場合、または特定の病気・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を認める場合があります。

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(医療補償コース)

(2) 異動事由

- ① 脱退するとき
- ② 加入者氏名を改姓・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、性別などの訂正をするとき

(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 生年月日の訂正によりグループ区分に異動がある場合は、差額金を徴収または返金いたします。なお、掛金の精算は、当該年度分に限りま

- ②生年月日の変更等、掛金に影響する異動は、異動手続きに必要な証明書類の提出を求める場合もあります。

3. 各書類の提出

- (1)「加入申込書」、「異動通知書」については、記入事項に漏れがないか確認のうえ、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・保険会社用）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. 更新継続の手続き

下記に該当する場合、各支部において加入者(被保険者)に継続の確認を行ってください。組合においては、「グループ区分異動者通知書」を共済管理システムより印刷し、計上年月以降の異動を追加、または削除のうえ組合印を捺印し、更新日(10月1日)の前月末日までに連合会に送付してください。なお、訂正印は必要ありません。

更新日(10月1日)現在における満年齢が、

- (1)25歳以上になる方は、AからBグループに移行します。
- (2)45歳以上になる方は、BからCグループに移行します。
- (3)55歳以上になる方は、CからDグループに移行します。
- (4)65歳以上になる方は、DからEグループに移行します。
- (5)70歳以上になる方は、EからFグループに移行します。
- (6)75歳以上になる方は、FからGグループに移行します。
- (7)80歳以上になる方は、GからHグループに移行します。
- (8)85歳以上になる方は、HからIグループに移行します。
- (9)90歳以上になる方は、IからJグループに移行します。

5. 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

10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、11月下旬に組合宛に2部(組合用・支部用)送付します。

(2)新規転入一覧表

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

(3)解約転出一覧表

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

(5)県・支部別口数集計表

毎月の加入状況(支部別の加入口数)を、翌月下旬に組合宛に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

各グループとも1口に対し月額10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

本制度では、発病時期等について医師に照会を行ったり、その他必要に応じ調査を行う場合があります。したがって、給付金(保険金)の請求に対し迅速な査定業務ができるよう、傷害や疾病により入院を開始した場合やがんと確定診断を受けた場合は、ただちに「事故報告書」を支部、組合を通じて連合会に提出してください。その後、必要な書類を揃えて、支部、組合を通じて連合会に提出してください。

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、またはがん外来治療給付金(保険金)のみの請求の場合></p> <p>① 医療補償コース給付金(保険金)請求書</p> <p>② 医療補償コース同意書</p> <p>③ 入通院状況申告書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院または診療所の領収書(コピー) …加入者(被保険者)名・入通院期間・病院または診療所名が明記されたもの ・ 診療明細書(コピー) …手術給付金(保険金)の請求がある場合 <p>※診療明細書(コピー)がない場合は、手術証明書など手術の名称や内容の確認できるもの</p>		
<p><請求金額が30万円以上で、下表の診断書省略条件に該当しない請求の場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記①② ・ 入通院・手術証明書(診断書) 		
<p><請求金額が30万円以上で、下表の診断書省略条件をすべてみたく場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記①②③ ・ 病院または診療所の領収書(コピー) …加入者(被保険者)名・入通院期間・病院または診療所名が明記されたもの ・ 診療明細書(コピー) <p>※診療明細書(コピー)がない場合は、診断書が必要です。</p>		
契約型	給付金(保険金)の種類	診断書省略条件
基本補償	疾病入院給付金(保険金) 疾病手術給付金(保険金)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加入日から1年以内の請求でないこと。 ・ 1入院で2回以上、手術を受けていないこと。 ・ 先進医療、放射線治療の手術・治療を受けていないこと。 ・ がん特約補償の請求ではないこと。 ・ 介護一時金の請求ではないこと。
がん特約補償	がん外来治療給付金(保険金)	がん外来治療給付金(保険金)のみの請求であること。
<p>※請求金額が30万円以上で傷害の場合は診断書の省略はできません。</p> <p>※状況により診断書の提出をお願いする場合があります。</p>		
<p><先進医療等費用給付金(保険金)の請求の場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記①② ・ 入通院・手術証明書(診断書) ・ 病院または診療所の領収書(コピー) …先進医療を受けたことがわかる領収書 ・ 交通費明細書 		
<p><介護一時金の請求の場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記①② ・ 要介護状態説明書(所定) ・ 診断書(介護用)(所定) ・ 代理請求の場合、代理請求申請書(所定) ・ 介護認定証写し、介護認定決定通知書写し、介護保険被保険者証 等 		
<p>※請求する場合、まず「要介護状態説明書」を介護者に記入していただき、ご提出ください。「要介護状態説明書」を確認して該当すると判断されたら「診断書(介護用)」を医師に記入していただき、ご提出ください。</p> <p>※一度給付金(保険金)を支払われるとこの特約は失効するため、お支払いは一回限りとなります。</p>		

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。 ③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。 ③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での委任状 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

(※)所定の条件

- 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と保険会社が判断したこと。

注)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、加入者番号を記入してください。
- ②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入院開始から30日以内に通知がありませんと、給付金(保険金)の支払いができない場合がありますので、ご注意ください。
- ②請求は、原則として退院後または死亡した日から30日以内に請求してください。
 なお、内払請求については、(2. 給付金(保険金)の内払い)を参照してください。

加入者(被保険者)に給付金(保険金)を請求できない特別な事情があるとき

家族の方がその事情を示す書類「代理請求申請書」(所定用紙)をもってその旨を申し出て、保険会社の承認を得た上で、本人の代理人として給付金(保険金)を請求することができます。なお、代理請求する場合の請求順位は次の通りです。

順位	加入者(被保険者)との関係
1	同居又は生計を共にする配偶者
2	同居又は生計を共にする3親等内の親族
3	配偶者又は3親等内の親族 注：順位は優先順位。上位順位者がいない場合または、給付金(保険金)を請求できない特別な事情がある場合にのみ、後順位者が代理人となることができる。

※必要に応じて「住民票(続柄が記載されたもの)」を添付していただく場合があります。

2. 給付金(保険金)の内払い

(1)内払条件

入院が1カ月以上継続する場合で、加入者(被保険者)または受取人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、保険会社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、基本的に「所得補償コース」と同様の取扱いです。

ただし、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月末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 従業員全員の場合同

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 従業員一部の場合同

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)

加入者(被保険者)が受け取った給付金(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

- ①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。)
- ②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。
- ③「告知日」と「加入者(被保険者)の健康状態告知欄」は必ずご記入ください。

全理連療養補償共済制度 加入申込書兼健康状態告知書(医療補償コース)

パンフレット等を受領・確認し、全理連 療養補償共済制度(医療補償コース<医療保険基本特約・疾病保険特約・傷害保険特約・がん保険特約セット団体総合保険>)の加入を申込みます。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、ならびに図頁に記載の告知書の個人情報取扱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取得・利用・提供することに、加入申込者、告知者、被保険者ともに同意します。この保険で補償されることとなる方が自らご記入ください。

●加入申込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		告知日 令和 X 年 3 月 2 日	加入日 令和 X 年 4 月 1 日
組合コード <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○	支店コード <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○	加入者番号 900000000	
加入者区分 <input type="radio"/> 1.組合員 <input type="radio"/> 2.従業員 <input type="radio"/> 3.家族 <input checked="" type="radio"/> 4.家族従業員	年号(該当に○印) <input type="radio"/> 昭和 S <input checked="" type="radio"/> 平成 H <input type="radio"/> 令和 R	生 年 月 日 XX 年 9 月 5 日	★年齢(加入日時点) ★性別 満 XX 歳 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> 2

※被保険者(保険の対象となる方)が15歳未満の場合は、被保険者ご本人に代わって、親権者が被保険者の健康状態等を記入し、加入申込書2枚目下部の代理告知者署名欄に被保険者との関係をご記入のうえ、ご署名ください。加入申込者ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、加入申込者ご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入・ご署名することができます。

加入日時点で該当する満年齢区分(A~G)	満年齢区分	月額掛金	加入日時点で該当する満年齢区分(A~G)	満年齢区分	月額掛金
(A)	5~24歳	690 円	(E)	65~69歳	4,880 円
(B)	25~44歳	930 円	(F)	70~74歳	6,810 円
(C)	45~54歳	1,700 円	(G)	75~79歳	9,000 円
(D)	55~64歳	2,920 円			

以後の継続加入では、80~84歳 12,490円、85~89歳 17,180円、90歳~ 23,820円となります。

▼健康状態告知欄★ 以下の質問事項にご回答ください。質問事項へのご回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。

質問事項	ご回答
(1) 告知日現在、入院中ですか。または告知日以降に入院もしくは手術等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。	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> (はいの方はご記入ください)
(2) 告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師より「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・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。	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> (はいの方はご記入ください)
(3) 告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師より「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・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。	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> (はいの方は下記「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・症状すべてに○をしてください)
(4) 今までに、がん(悪性新生物をいいます。白血病、悪性リンパ腫を含みます)・上皮内がんにより医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりがん(悪性新生物)・上皮内がんの疑いの指摘を受けた場合を含みます。	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> (はいの方はご記入ください)
(5) 女性の方のみご回答ください。	告知日現在、妊娠中ですか。 いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> (はいの方はご記入ください)

疾病群	I 欄	II 欄	疾病群	I 欄	II 欄	疾病群	I 欄	II 欄
A 群 胃、腸の疾病	急性腸炎 (かいよう性大腸炎・クローン病)	慢性腸炎 (潰瘍性大腸炎)	E 群 脳血管、循環器系の疾病	脳卒中(脳出血・脳こうそく・脳軟化)(脳下出血) 心臓病(狭心症・心筋梗塞) 不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます)・心臓病 動脈硬化症 動脈硬化	脳腫瘍(脳腫瘍)	I 群 婦人の疾病	子宮頸がん(子宮頸がん)	子宮がん(子宮体がん) 乳がん(乳がん)
B 群 肝臓、胆のう、膵臓の疾病	肝臓癌 急性肝炎 慢性肝炎 胆石症 膵炎 膵臓がん	慢性肝炎 (ウイルス性)	F 群 腰・背骨の疾病	骨のしびれ性疾患	慢性腰痛(腰痛)	Z 群 その他	糖尿病 悪性腫瘍 結核性疾患(カリエスなど) 脳しびれ 急性心臓病(心臓病) 1次性 高血圧(高血圧) 自閉症 悪性リンパ腫 アルツハイマー病 パーキンソン病 脳神経症 エピソードアーツ(皮膚炎・皮膚病) 関節リウマチ 多発性骨髄腫など、1回以上 精神および行動の障害(統合失調症、気分障害(双極性うつ病、うつ病など)、思惟性障害(パニック障害)の外的要因) ストレス障害(PTSD)・アルコール依存症	
C 群 腎臓、泌尿器の疾病	慢性腎臓病(CKD) 腎不全 副腎しびれ	慢性腎臓病(CKD)	H 群 眼の疾病		白内障(白内障)			
D 群 気管支系の疾病	結核 肺がん 慢性気管支炎 (COPD) 慢性気管支炎 肺炎(肺炎)	慢性気管支炎 (慢性気管支炎)			眼がん(眼がん)			

告知される方(被保険者)がご認識している疾病・症状名が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状名と一致しなくても、医学的にその疾病・症状名と同一と判断される場合は告知が必要です。病歴があり、「疾病・症状一覧表」に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。

★告知欄 次の質問事項にご記入ください。「はい」または「いいえ」いずれかに○印をつけ、「はい」の場合はその内容をご記入ください。 ○「はい」の方は、同様の医療行為(他の保険契約等)が有りますか。 ○「いいえ」の方は、同様の医療行為(他の保険契約等)が有りますか。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。	★被保険者(保険の対象となる方)が15歳未満の場合で、代理告知者の方は被保険者との関係をご記入のうえ、ご署名ください。加入申込者ご本人以外のご家族(配偶者、子供、同居の家族)の方が加入される場合は、加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入・ご署名することができます。
代理告知者 署名 () 特記事項	被保険者との関係 ()

(注)同様の医療行為を行う他の保険契約等とは、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の損害保険の契約または共済契約をいいます。

○ ○ ○ 理容生活衛生同業組合	理事 長	部 長	支 部 長	扱 者
------------------	------	-----	-------	-----

2. 加入申込書(15歳未満の場合)

- ①加入者(被保険者)が15歳未満の場合は、代理人がご記入ください。
- 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「告知日」と「加入者(被保険者)の健康状態告知欄」は必ずご記入ください。
- ④代理人は右下にある「代理告知者」欄に署名を行ってください。

全理連療養補償共済制度 加入申込書兼健康状態告知書(医療補償コース)

パンフレット等を受領・確認し、全理連 療養補償共済制度(医療補償コース<医療保険基本特約・疾病保険特約・傷害保険特約・がん保険特約セット団体総合保険>)の加入を申込みます。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、ご契約が解除となり、保険金の支払を受けられなくなったり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、加入申込者、告知者、被保険者ともに同意します。この保険で補償されることとなる方が自ら記入ください。

● 加入申込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

告知日 令和 X 年 3 月 2 日 加入日 令和 X 年 4 月 1 日

組合コード 〇〇〇 X X X	支店コード 〇 X X X	加入者番号 900000000
氏名(加入者) <カタカナ> センリ タロウ <漢字> 全理 太郎	フリガナ <フリガナ> リョウ ヨヨギ <漢字> 理容代々木	店名
氏名(被保険者) <カタカナ> センリ カズオ <漢字> 全理 一男	<カタカナ> トウキョウトシバクヨギ1-36-4 <漢字> (郵便番号 151-0053) TEL (03-3379-4111)	住所 東京都渋谷区代々木1-36-4
加入者区分 1組合員 2従業員 3家族	年号(該当に○印) 昭和 S (平成 H) 令和 R	生年月日 XX 年 12 月 1 日
	★年齢(加入日時点) 満 13 歳	★性別 男 ① 女 ②

※被保険者(保険の対象となる方)が15歳未満の場合は、被保険者ご本人に代わって、親権者が被保険者の健康状態等を記入し、加入申込書2枚目下部の代理告知者署名欄に被保険者との関係をご記入のうえ、ご署名ください。加入申込者ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、加入申込者ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入・ご署名することができます。

加入日時点	該当する 満年齢区分(A~G)	月額掛金
①	5~24歳	690 円
②	25~44歳	930 円
③	45~54歳	1,700 円
④	55~64歳	2,920 円
	65~69歳	4,880 円
	70~74歳	6,810 円
	75~79歳	9,000 円
	80~84歳	12,490円
	85~89歳	17,180円
	90歳~	23,820円 となります。

▼健康状態告知欄★ 以下の質問事項にご回答ください。質問事項へのご回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。

質問事項	ご回答
(1) 告知日現在、入院中ですか。または告知日以降に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。	いいえ (はい)の方はご加入いただけません。
(2) 告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師より「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・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。	いいえ (はい)の方はご加入いただけません。
(3) 告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師より「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・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。	いいえ (はい)の方は下記の「疾病・症状一覧表」II欄に該当する疾病・症状すべてに○をしてください。
(4) 今までに、がん(悪性新生物をいいます。白血病、悪性リンパ腫を含みます)・上皮内がんにより医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりがん(悪性新生物)・上皮内がんの疑いの指摘を受けた場合を含みます。	いいえ (はい)の方はご加入いただけません。
(5) 女性の方のみご回答ください。告知日現在、妊娠中ですか。	いいえ (はい)の方はご加入いただけません。

疾病群	疾病・症状一覧表	
	I欄 (I欄に該当する方はご記入いただけます)	II欄 (II欄に○がある方は条件付きでご記入いただけます)
A群 胃・腸の疾病	胃・腸の急性炎症性疾患 (胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃がん、腸がん)	胃・腸の慢性炎症性疾患 (慢性胃炎、胃腸炎、腸炎、大腸炎)
B群 肝臓、胆のう、すい臓の疾病	肝臓、胆のう、すい臓の急性炎症性疾患 (急性肝炎、急性胆嚢炎、急性膵炎)	肝臓、胆のう、すい臓の慢性炎症性疾患 (慢性肝炎、慢性胆嚢炎、慢性膵炎)
C群 腎臓、泌尿器の疾病	急性腎炎、慢性腎炎、腎不全、尿閉、尿漏れ	腎臓、泌尿器の慢性炎症性疾患 (慢性腎臓病、慢性腎不全)
D群 気管支・肺の疾病	急性気管支炎、急性肺炎、急性肺気腫	慢性気管支炎、慢性肺炎、慢性肺気腫
E群 脳血管・循環器系の疾病	脳卒中(脳出血、脳梗塞)、心臓病(心筋梗塞、心不全)、不整脈(心房細動など)、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。心臓音動脈硬化症、動脈硬化	脳血管・循環器系の慢性炎症性疾患 (脳動脈硬化症、動脈硬化)
F群 骨・骨髄の疾病	骨のしめよう性疾患	骨・骨髄の慢性炎症性疾患 (骨粗鬆症、骨髄炎)
H群 眼の疾病		白内障、緑内障、網膜症
I群 ご本人の疾病		子宮頸がん、子宮内がん、乳がん、卵巣がん、子宮嚢腫、卵巣嚢腫、卵巣機能不全、卵巣不全、卵巣摘出、乳がん、乳癌、乳癌再発、乳癌転移、乳癌再発再発
Z群 その他		糖尿病、高血圧、脂質異常症(高脂血症)、肥満、慢性腎臓病(CKD)、慢性肝臓病、慢性膵臓病、慢性胆嚢炎、慢性膵炎、慢性腎臓病、慢性腎不全、慢性膵炎、慢性胆嚢炎、慢性膵炎、慢性腎臓病、慢性腎不全、慢性膵炎、慢性胆嚢炎、慢性膵炎

告知される方(被保険者)がご認識している疾病・症状名が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状名と一致しなくても、医学的にその疾病・症状名と同一と判断される場合には告知が必要です。傷病歴があり、「疾病・症状一覧表」に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。

★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記入してください。

＜質問事項＞被保険者について同種類の補償を行う他の保険契約等(印)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・保険種別・保険金額等をご記入ください。欄が不足する場合は「別紙」にて記入し、会社名・保険種別・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。

代理告知者	被保険者との関係
署名	()
特記事項	

〇〇〇 理容生活衛生同業組合	理 事 長	部 長	支 部 長	扱 者
----------------	-------	-----	-------	-----

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で記入してください。

死亡した場合の記入例

全理連療養補償制度 異動通知書(医療補償コース)

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 1 月 31 日

○○○ 理容生活衛生同業組合 (印)

組合コード	○○○	支部コード	○○○	加入者番号	235105	異動発生日	令和 X 年 2 月 1 日付
加入者氏名	(カタカナ) ゼンリ タロウ	(漢字) 全理 太郎	生年月日	昭和 平成 XX年 9 月 5 日 (XX歳)	令和	グループ	C

+

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

異動事由	異 動 内 容	異動事由	異 動 内 容
①	脱退 医療補償コースを脱退します。	5	住所変更 新住所 郵便番号 - (カタカナ) (漢字)
2	改姓・訂正 新内容 (カタカナ) に 改姓 (漢字) に 訂正	6	店名変更・訂正 店名 (カタカナ) に 変更 (漢字) に 訂正
3	生年月日訂正 新内容 昭和 年 月 日 (満 歳) に訂正 平成 年 月 日 令和	7	支部転出 組合 支部に転入 [] []
4	加入者区分訂正 新内容 1. 組合員 2. 従業員 3. 家族 に訂正	8	その他

+

○○○ 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

T6-32-2446-Z 2002.10新 5×10×5,000(港) 1

4. 傷害・疾病 事故報告書(医療補償コース用) 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。
- ④次回入通院予定日欄は必ず記入してください。

療養補償共済 傷害・疾病 事故報告書(医療補償コース用)

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中

2021年 2月 20日

被保険者様は下記太枠部分を必ずご記入ください。

加入者番号	(○ ○ ○) 組合 (○ ○ ○ ○) 支部 番号 (235103)										
店名	理容代々木	店主名	全理 太郎	所在地	東京都渋谷区代々木1-36-4	TEL	XX (XXXX) XXXX				
加入者(被保険者)	住所	〒 XXX-XXXX 東京都渋谷区代々木1-36-4		氏名	全理 花子						
		TEL	XX (XXXX) XXXX								
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 2. 女	生年月日	昭和 平成 · 令和 33年 9月 28日生	年齢	満 62 歳						
傷病名	手指腱鞘炎			手術名	腱鞘切開術						
入院期間①	~	年	月	日	入院期間②	~	年	月	日		
次回入通院予定日	~	年	月	日	入通院先病院名	○○病院					
		未定	予定なし		TEL	XX (XXXX) XXXX					
事故の原因およびケガの状況を詳しくご記入ください。	事故場所				日時	月	日	午前	時	分	頃
病気の状況を詳しくご記入ください。	発病日	2020年 10月 20日			病名“がん”の本人了知の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無				
	既往症は無 発病日2020年10月20日頃 2/12手術施行 (既往症の有無、自覚症状の発現日等をご記入ください。)										

保険期間	年	月	日より	年	月	日まで	証券番号		枝番	
保険期間	年	月	日より	年	月	日まで	証券番号		枝番	

○○○ 理容生活衛生同業組合	理事長	<input checked="" type="checkbox"/>	部	<input checked="" type="checkbox"/>	支	<input checked="" type="checkbox"/>	扱	<input checked="" type="checkbox"/>
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	課	長	扱

営業受付印	特約による	営	査	未払計上日	年	月	日	査
	入金	業	定	未払計上額				定
			受付印	円				印

5. 入通院状況申告書(診断書省略の場合に使用)

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。

全 理 連
療養補償共済制度
(医療補償コース)

入通院状況申告書

療養補償共済 医療補償コース用

ご請求内容が所定の条件を満たす場合に、診断書の代わりとしてご提出いただくものです。

患者氏名	フリガナ ゼンリ ハナコ 全理 花子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>			
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	XX 年 9 月 28 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。 手指腱鞘炎					
上記ケガ・疾病の原因						
ケガを負った日	年 月 日					
初診日	20XX年 10 月 29 日					
発病日	20XX年 10 月 20 日					
入院期間	年 月 日～ 年 月 日					
通院期間	20XX年 10 月 29 日～ 20XX年 2 月 12 日					
前医・既往症	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 (有の場合には、病名・治療時期・治療内容など詳細にご記入ください)					
通院状況申告欄	【通院申告欄についてのご注意】 ※がんによる通院の場合のみ、お支払対象となります(がんによる通院がない場合は記載不要です)。 がんによる通院担保特約の支払対象日数 → がんの治療を目的とした通院に対して120日を限度 ※上記がんの治療を目的とした通院治療日を下記カレンダーに○印をご記入のうえ、領収書の写しを添付下さい。					
20XX年 10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	<input checked="" type="radio"/>	計 1 日			
20XX年 2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	<input checked="" type="radio"/>	計 1 日			
年 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			
年 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			
年 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			
年 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			
年 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			
手術	医師にご確認のうえ、手術内容を正確にご記入ください(ドレナージを受けられた場合も必ずご申告ください)。 手術の種類 (1)開頭術 (2)穿頭術(新たな穿頭・既存の穿頭孔を使用) (3)開胸術・胸腔鏡下 (4)開腹術・腹腔鏡下 (5)レーザー手術 (6)ファイバースコープ又はカテテルによる手術 (7)経口的・経鼻的・経皮的・経尿道的・経膣的・経膣的 (8)ドレナージ (9)先進医療 (10)その他()					
<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	手術名(手術区分番号)	手術日	観血・非観血	骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術	手足指の手術の場合手足甲に	植皮・筋皮弁術の場合面積が25㎡
	K・J-() 手指腱鞘切開術	20XX年 2月12日	<input checked="" type="radio"/> 観血 <input type="radio"/> 非観血	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	及ぶ・及ばない	以上・未満
	K・J-()	年 月 日	観血・非観血	はい・いいえ	及ぶ・及ばない	以上・未満
ご入院(通院)の病院または診療所	所在地 住所: 東京都渋谷区代々木1-36-4 電話: XX (XXXX) XXXX 病院名 〇〇病院整形外 科 〇〇 先生 〇〇 主治医 〇〇					
上記記載事実に相違なく、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。						
損害保険ジャパン株式会社 御中						
20XX年 2月 16日						
住所: 東京都渋谷区代々木1-36-4						
請求者(受取人) 氏名: 全理 花子 <input checked="" type="radio"/> 印 患者との続柄(本人)						

- 以下の資料を添付してください。
- 入院がある場合…入院期間が記載された病院・診療所等発行の領収書の写し
 - 手術がある場合…手術名が確認できる資料の写し(診療明細書・手術説明書(同意書)等)
 - がんによる通院がある場合…対象期間中の全日分の領収書の写し
- 注意 診察(入院)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。

6. 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加入者(被保険者)が未成年の場合、受取人欄(上段)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。
- ③加入者(被保険者)が未成年の場合と加入者(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。

死亡した場合の記入例

全 理 連 療養補償共済制度 (医療補償コース)	全理連・療養補償共済制度 医療補償コース		給付金(保険金)請求書		20XX年 2月 10日
	損害保険ジャパン株式会社 宛		○○○		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ので、下記口座 にお振込みください。 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)		○○○ ○○○ ○○○ ○○○ (印)
<p>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。</p> <p>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)。</p> <p>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。</p>			20XX年 2月 10日		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※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・損害の確認となる医療情報および請求権者・相続人確定に必要なとなる戸籍関連情報が含まれます。</p>			<p>(住所) 東京都渋谷区代々木1-36-4</p> <p>TEL XX(XXXX)XXXX</p> <p>(フリガナ) ゼンリ ハナコ</p> <p>氏名 全理 花子 (印)</p>		
<p>県名 ○○○ 支店名 ○○○</p> <p>加入者番号 XXXXXXXX</p> <p>(傷害・疾病) 傷病発生日 20XX年 10月 30日 午前 午後 時 分 頃</p> <p>事故(傷病) 発生場所</p>	<p>加入者被保険者 フリガナ ゼンリ タロウ</p> <p>資格 ①組合員 ②従業員 ③家族</p> <p>大: (印) 平 XX年 9月 5日生 XX歳</p>	<p>事(傷病) 発生状況 検診で異常と指摘され、病院受診。精密検査をしたところ肺癌と診断され、入院手術。1月31日死亡。</p>			
<p>初診日 20XX年 10月 31日</p> <p>治療期間 20XX年 10月 31日 ~ 20XX年 1月 31日</p> <p>入院期間 20XX年 10月 31日 ~ 20XX年 1月 31日 (93 日間)</p> <p>通院期間(慢性新生物) 年 月 日 ~ 年 月 日 (実日数 日)</p>	<p>手術の有無 (無) (有) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>手術の種類 肺全摘除術</p>	<p>内払目録 第1回目または(最終回)</p>			
<p>重複契約 (今回の治療を補償する他の保険契約がある場合ご記入ください)</p> <p>会社名 契約の種類 証券番号 契約金額</p>					
<p>原加入日 年 月1日</p>	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)				
<p>保険期間 年 月 日より 年 月 日まで 証券番号 枝番 前年内容</p> <p>保険期間 年 月 日より 年 月 日まで 証券番号 枝番 前年内容</p>					
<p>○○○ 理容生活衛生同業組合 (印) 部長 (印) 支店長 (印) 扱者 (印)</p>					
<p>☆ 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枚目の入院・手術証明書(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枚目の入院状況申告書は診断書省略の場合に、ご捺印のうえでご提出ください。</p>					

7. 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、上段の患者氏名・生年月日・住所は加入者(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 医療補償コース 同意書		20XX年 2月 10日
※治療を受けた医療機関名をご記入ください。 (医療機関名)	〇〇病院	
主治医殿	全理 太郎	
患者氏名	全理 太郎	
生年月日	大正・昭和・平成 XX年 9月 5日	
患者住所 (下記住所と相異 する場合のみ記載)		
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、ご腹藏なくおこなさせていただきますよう、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	全理 花子	印
患者との続柄	配偶者	
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。		

8. 確認書 1

- ①支払金額100万円以下の場合に使用してください。
- ②捺印漏れのないようにしてください。

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 2 月 10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 〇〇〇

〇〇〇〇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、〇〇〇 理容生活衛生同業組合を代理人と定めて、下記医療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 〇〇〇 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。

9. 確認書2

- ①支払金額100万円超500万円以下の場合に使用してください。
- ②捺印漏れのないようにしてください。

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 2 月 10 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 〇〇〇

〇〇〇〇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、〇〇〇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〇〇〇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。

10. 入院・手術証明書(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 療養補償共済制度 (医療補償コース)	入院・手術証明書(診断書)				疾病用(所得補償保険兼用)		
					B1		
お願い ○訂正の場合必ず証明印による訂正印を押印願います	1. 氏 名		カルテ番号 ()	性(男・女)	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日		
	2. 傷病名(ア・イ・ウ欄にご記入ください)		ICD-10 コード	傷病発生日 年 月 日		いずれかに○印をしてください	
	ア. 入院(手術)の原因 傷 病 名			年 月 日		医師推定・患者申告	
	イ. アの原因			年 月 日		医師推定・患者申告	
	ウ. 合併症			年 月 日		医師推定・患者申告	
	3. 治療期間		初診年月日	年 月 日	～	年 月 日	終 診・現在加療中
	入院期間		第1回目	年 月 日	～	年 月 日	入院中・退院
			第2回目	年 月 日	～	年 月 日	入院中・退院
	4. 前医又は紹介医		初診年月日 年 月 日	医師名・医療機関名・所在地			
	5. 既往症持病		病名・治療期間等		医師名・医療機関名・所在地		
	6. 発病(受傷)から初診までの経過(いつ頃からどのような症状があったかご記入ください)		初診時の所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過、他覚所見等)			就業が全く不可能な期間 年 月 日～年 月 日 先進医療による治療 (有)・(無) 「有」の場合、技術名をご記入ください。 後遺障害残存見込 (有)・(無) 「有」の場合、後遺障害の詳細をご記入ください。 身体障害者手帳(級)に相当 特定疾患受給者証の適用 (有)・(無)	
	今後予定の治療に○印をつけてください。		転医(入院・通院)・通院・治療(年 月 日)・中止・その他()				
	7. 悪性新生物、上皮内新生物(CINⅢ・VINⅢ・VAINⅢ、上皮内癌)の場合		最終病理組織診断名	TNM分類 T() N() M()	いずれかに○印をしてください。 ・上皮内新生物(CINⅢ・VINⅢ・VAINⅢ)(上皮内癌) ・上記以外の悪性新生物		
			悪性新生物としての診断確定日	年 月 日			
			診断方法	ア 病理組織学的検査 イ 細胞学的検査 ウ 画像診断 エ 内視鏡検査 オ その他()			
		今回がはじめての悪性新生物ですか	(は) (い) (え)	今回の悪性新生物の区分 (原発) (再発) (転移)			
		悪性告知	本人あて (有)・(無) 年 月 日に(病名)と告げた 家族あて (有)・(無) ()に 年 月 日に(病名)と告げた				
8. 急性心筋梗塞の場合		初診時から60日時点で軽労働・座業以上の労働の制限をひき続き必要としますか。			(要)・(不要)		
9. 脳卒中の場合		初診時から60日時点で言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していますか。			(有)・(無)		
10. 今回の傷病に関して実施した手術		手術の種類	(1)開頭術 (2)穿頭術(新たな穿頭孔・既存の穿頭孔を使用) (3)開胸術・胸腔鏡下 (4)開腹術・腹腔鏡下 (5)レーザー手術 (6)ファイバースコープ又はカテーテルによる手術 (7)経口的・経鼻的・経皮的・経尿道的・経膈的手術 (8)シメット (9)その他()				
		手術名(手術区分番号)	手術日	観血・非観血	骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術	手足指の手術の場合 MP関節を含めて中極側に	植皮・筋皮弁術の場合 面積が25cm ²
		K-J-()	年 月 日	観血・非観血	(は) (い) (え)	及ぶ・及ばない	(以上) (未満)
		K-J-()	年 月 日	観血・非観血	(は) (い) (え)	及ぶ・及ばない	(以上) (未満)
11. 放射線照射		部位	期間	開始 年 月 日 終了 年 月 日	総線量 Gy	左記期間中の入院中の総線量(Gy)	
12. 外来通院証明		月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 計				
		月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 計				
		月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 計				
		月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 計				
		月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 計				
		月	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 計				
上記のとおり証明します。		所在地			年 月 日	印	
病院または診療所の名称		医師氏名					
損害保険ジャパン株式会社		GIAJ15-B01-201409			原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに捺印してください。 3		

医療補償