

# 団体生命共済制度

共済制度ガイドブック

## 災害保障特約付団体生命共済制度

### 制度改訂の変遷

昭和38年4月1日	共済金を1口20万円として発足
昭和40年10月1日	加入区分の新設、掛金額の改訂
昭和46年10月1日	新規加入年齢の引上げ、加入口数の拡大
昭和48年7月1日	共済金を1口50万円に改訂、加入口数の拡大、加入区分・掛金の改訂 特別給付金制度の新設
昭和49年7月1日	特別給付金制度の支払開始
昭和50年4月1日	長期入院療養見舞金の新設 弔慰用花環代の廃止、弔慰金とする
昭和54年4月1日	共済金を1口100万円に改訂、掛金額の引上げ、特別給付金金額引上げ 長寿祝金の新設
昭和55年4月1日	特別給付金金額引上げ(長期入院除く)、特別給付金の請求期限の新設
昭和56年7月1日	大型保障制度新設(1,000万円)
昭和58年4月1日	掛金額引下げ(Aグループ除く)、長寿祝金増額
昭和60年10月1日	共済金を200~500万円に改訂、特別給付金種類を増設、長寿祝金増額 加入口数当たりの給付金額となる(長寿祝金、人間ドック補助金除く) 大型制度一部改定
平成元年7月1日	こども特約発足、大型制度入院療養見舞金を入院見舞金と就業不能見舞金 に改訂
平成7年7月1日	加入区分・掛金額の改訂、特別給付金制度の改訂 AグループをA1、A2グループに改訂 第一子誕生祝金と子女誕生祝金を誕生祝金とする 人間ドック補助金の給付金額引下げ 請求資格を加入後2年以上に改訂(弔慰金、手指の障害見舞金を除く)
平成14年7月1日	長期入院療養見舞金を入院見舞金に改訂 手指障害見舞金に小指の保障を新設
平成15年7月1日	こども特約の加入年齢の引き上げ
平成17年7月1日	受取人と了知者の取扱い変更
平成20年1月1日	不払い者への診断書取得費用相当額の幹事保険会社負担の開始。
平成20年7月1日	大型制度入院・就業不能見舞金の入院日数・免責期間の短縮、入院・就業 不能見舞金不払い者への診断書料補助金の新設
平成25年4月1日	A1~Dグループの加入共済金100万円を新設、特別給付金制度の改訂 弔慰金(加入者死亡)、手指の障害見舞金の廃止、還暦祝金、古希祝金の新 設、弔慰金(子供死亡)、入院見舞金を加入後2年未満でも支払可とする
平成27年1月29日	特別給付金の請求期限を3年とした。
令和2年4月1日	新型コロナウイルス感染症を災害死亡の対象疾患として取り扱う。
令和3年4月1日	大型制度の掛金を口座引き落としから集金とした。
令和5年7月1日	令和5年5月8日以降、新型コロナウイルス感染症は5類感染症に分類さ れたため、令和6年7月1日以降の事由発生日から災害死亡の対象疾患で はなく普通死亡として取り扱う。

## 団体生命共済制度

### 団体生命共済制度の概要

団体生命共済には小型・大型・こども特約の三つの制度があります。

小型・大型・こども特約制度には、死亡・高度障害共済金、不慮の事故による障害給付金や入院給付金があります。この他に、小型制度と大型制度には他社の生命保険等では見られない全理連独自の給付金として、結婚祝金や誕生祝金、人間ドック補助金など小型制度に8種類、大型制度に3種類のきめこまやかな特別給付金があります。

さらに、小型制度では満85歳6カ月になると20万円の長寿祝金が、大型制度では満70歳6カ月になると加入期間に応じて50万円、100万円の2種類の古希祝金があり、まったくの掛け捨て制度というわけではありません。

また、不慮の事故による死亡の場合、小型制度で最高1,000万円、大型制度で1,500万円の高額保障にもかかわらず、年齢に関係なく診査なしで加入できるというのも、全理連共済ならではのことと言えます。

なお、死亡・高度障害共済金、障害給付金、入院給付金については、生命保険会社（幹事・ジブラルタ生命保険株式会社）の勤労団体保険普通保険約款・勤労団体保険災害保障特約および勤労団体保険こども特約および勤労団体保険こども災害保障特約に基づいて取り扱われております。また、大型制度の就業不能見舞金については損害保険会社（幹事・損害保険ジャパン株式会社）の所得補償保険普通保険約款に基づいて取り扱われております。

本ガイドブックに記載されていない事項が生じたときには、それぞれの保険会社の約款および特約に基づいて取り扱います。

## 団体生命共済制度の内容

### 1. 加入資格

下記条件をすべて満たしている方です。

#### <小型制度>

- ①組合員および従業員ならびに組合事務局職員
- ②満14歳6カ月超～満70歳6カ月以下の方。  
なお、更新継続すれば、満85歳6カ月まで加入できます。
- ③現在、理容業に従事し、健康で正常に就業していること。  
※組合事務局職員は理容業に従事してなくても加入できます。

**【注】** 診査なしで加入できますが、病気加療中の方は加入できません。

#### <大型制度>

- ①組合員および従業員ならびに組合事務局職員
- ②満14歳6カ月超～満65歳6カ月以下の方。  
なお、更新継続すれば、満70歳6カ月まで加入できます。
- ③現在、健康で理容業に従事し、理容業による所得のある方。  
※組合事務局職員は理容業に従事してなくても加入できます。

**【注】** 1. 理容業による所得のない方は加入できません。  
2. 診査なしで加入できますが、病気加療中の方は加入できません。

#### <こども特約>

- ①小型制度または大型制度の加入者(親契約)が扶養している子供。
- ②満2歳6カ月超～満22歳6カ月以下の方。
- ③加入時に健康であること。  
※扶養している子供とは、健康保険法に定める被扶養者の範囲のうち、子に関する規定を準用します。すなわち、扶養している子供とは主として被共済者により生計を維持されている子供のことをいいます。

**【注】** 1. こども特約だけの加入はできません。  
2. 加入資格のある複数の子供がいる場合は、全員加入しなければなりません。また、子供全員の共済金額は同額とします。  
3. 複数の子供がいる場合、そのうちの一人が健康でない場合(告知等により保険会社が加入を認めない場合)、または小型制度に加入している場合は、その子供を除いて他の子供全員が加入しなければなりません。

### 2. 加入日(増額日)

加入日(増額日)は、毎月1日です。  
(保障の開始は、加入日からとなります。)

### 3. 加入共済金

#### <小型制度>

##### ①新規加入者の場合

- ・満14歳6カ月超～満65歳6カ月以下の方は、100万円から500万円まで加入できます。
- ・満65歳6カ月超～満70歳6カ月以下の方は、100万円から200万円まで加入できます。

##### ②継続加入者の場合

- ・満14歳6カ月超～満65歳6カ月以下の方は、既加入分との合計で100万円から500万円まで増額・減額できます。
- ・満65歳6カ月超～満70歳6カ月以下の方で、100万円加入者は200万円に増額できます。
- ・満70歳6カ月を超えると、増額できません。(減額はできます。)
- ・満80歳6カ月を超えると、100万円に減額され、以後85歳6カ月まで継続できます。
- ・満85歳6カ月を超えると、継続加入資格がなくなり、自然脱退となります。

#### <大型制度>

加入できる共済金は1,000万円です。

#### <こども特約>

##### ①新規加入者の場合

100万円から400万円まで、加入者(親契約)の加入共済金額の範囲内で加入できます。

##### ②継続加入者の場合

既加入分との合計で100万円から400万円まで、加入者(親契約)の加入共済金額の範囲内で増額・減額できます。

- 【注】
1. 加入者(親契約)が共済金額200万円に加入している場合、その子供は200万円までしか加入できません。
  2. 複数の子供がいる場合、加入共済金額は全員同額とします。一人が300万円、もう一人が400万円というような加入はできません。
  3. 加入者(親契約)が減額した場合、加入している子供も加入者(親契約)の加入共済金額の範囲内で減額しなければなりません。
  4. 加入者(親契約)が脱退した場合、加入している子供も脱退となります。

### 4. 加入時の告知

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「加入者の告知事項」については、必ず明記してください。告知内容によっては、加入できない場合があります。

また、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共済金等のお支払いができないことがあります。

また、告知では主に過去1年以内の健康状態を告知することになっておりますが、加入後1年以内に、加入日前の傷害や疾病が原因で死亡、あるいは高度障害状態となった場合は、共済金はお支払いの対象とはなりません。

なお、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. 大型制度加入者の特典

満70歳6カ月(自然脱退)を超えた月の翌月1日より、特例的に小型制度に移行できます。

加入できる共済金額は、小型制度の規定どおり500万円までとしますが、その際、すでに小型制度の加入があれば、小型制度加入分を含めた共済金額の総額が500万円を超えない額とします。

なお、満80歳6カ月以降は、規定どおり100万円に減額され、満85歳6カ月まで継続できます。

## 6. 掛金(掛け捨て)

＜小型制度＞

掛金は毎月払いとし、グループ別の月額掛金は下記の金額表のとおりです。

掛 金 額 表

(掛金 単位：円)

区 分	年 齢	加入共済金(主契約)					
		100万円	200万円	300万円	400万円	500万円	
掛 金	A1グループ	14歳 6 カ月超～26歳	400	800	1,200	1,600	2,000
	A2グループ	26歳 1 日～36歳	500	1,000	1,500	2,000	2,500
	Bグループ	36歳 1 日～51歳	600	1,200	1,800	2,400	3,000
	Cグループ	51歳 1 日～61歳	1,250	2,500	3,750	5,000	6,250
	Dグループ	61歳 1 日～80歳 6 カ月	2,250	4,500	6,750	9,000	11,250
	Gグループ	80歳 6 カ月超～85歳 6 カ月	4,500				

### ①更新日

7月1日

### ②グループ区分

・新規(増額)加入者の場合

加入日の満年齢により、A1・A2・B・C・Dのグループに区分されます。その区分は次に到来する更新日の前日(6月30日)まで変更しません。

・継続加入者の場合

更新日(7月1日)の満年齢により、A1・A2・B・C・D・Gのグループに区分されます。その区分(Gを除く)は次に到来する更新日の前日(6月30日)まで変更しません。

ただし、DからGグループへの移行の場合のみ、毎月の満年齢により、翌月1日から区分が変更します。

### ③グループの移行

更新日(7月1日)の満年齢が、

26歳1日以上になる方は、A1からA2グループに移行します。

36歳1日以上になる方は、A2からBグループに移行します。

51歳1日以上になる方は、BからCグループに移行します。

61歳1日以上になる方は、CからDグループに移行します。

毎月の満年齢により、

80歳6カ月を超える方は、翌月1日よりDからGグループに移行します。

※グループが移行した場合は、掛金額も変更となります。

### ④共済期間の満了

毎月の満年齢により、85歳6カ月を超えた月の翌月1日より継続加入資格がなくなり自然脱退となります。(1日生まれの方は、6カ月となる月の翌月1日より継続加入資格がなくなり自然脱退となります。)

## <大型制度>

掛金は毎月払いとし、グループ別の月額掛金は下記の金額表のとおりです。

掛 金 額 表

区 分	年 齢	掛 金
Aグループ	14歳 6 カ月超 ～ 36歳	2,800円
Bグループ	36歳 1 日 ～ 51歳	6,500円
Cグループ	51歳 1 日 ～ 61歳	13,000円
Dグループ	61歳 1 日 ～ 70歳 6 カ月	23,000円

### ①更新日

7月1日

### ②グループ区分

#### ・新規加入者の場合

加入日の満年齢により、A・B・C・Dのグループに区分されます。その区分は次に到来する更新日の前日(6月30日)まで変更しません。

#### ・継続加入者の場合

更新日(7月1日)の満年齢により、A・B・C・Dのグループに区分されます。その区分は次に到来する更新日の前日(6月30日)まで変更しません。

### ③グループの移行

更新日(7月1日)の満年齢が、

36歳1日以上になる方は、AからBグループに移行します。

51歳1日以上になる方は、BからCグループに移行します。

61歳1日以上になる方は、CからDグループに移行します。

※グループが移行した場合は、掛金額も変更となります。

### ④共済期間の満了

毎月の満年齢により、70歳6カ月を超えた月の翌月1日より継続加入資格がなくなり自然脱退となります。(1日生まれの方は、6カ月となる月の翌月1日より継続加入資格がなくなり自然脱退となります。)

<こども特約>

掛金は毎月払いとし、月額掛金は下記の金額表のとおりです。

掛 金 額 表

年 齢	加入共済金	掛 金
2歳6カ月超～22歳6カ月	100万円	200円
	200万円	400円
	300万円	600円
	400万円	800円

①更新日

7月1日

②共済期間の満了

毎月の満年齢により、22歳6カ月を超えた月の翌月1日より継続加入資格がなくなり自然脱退となります。(1日生まれの方は、6カ月となる月の翌月1日より継続加入資格がなくなり自然脱退となります。)

## 7. 共済期間(保険期間)

共済期間は1年(毎年7月1日～6月30日)とし、毎年掛金の払込みをもって自動的に更新いたします。

共済期間中の中途加入者については、その中途加入日から次に到来する6月30日までが初年度の共済期間となります。以後、毎年掛金の払込みをもって自動的に更新いたします。

## 8. 共済金・障害給付金・入院給付金

共済金、障害給付金、入院給付金は、委託生命保険会社が共済期間中(保険期間中)の次の場合にお支払いします。

### (1) 保障内容

<小型制度、大型制度、こども特約>

#### 主契約

##### ① 死亡(高度障害)共済金

死亡したとき、

加入日以後の傷害または疾病により、対象となる高度障害状態(75頁別表1参照)のいずれかに該当し、症状が固定したとき、

加入している共済金額(主契約)をお支払いします。

#### 災害保障特約

##### ① 災害共済金

不慮の事故を原因として、事故の日から180日以内に死亡したとき、

加入日以後に発症した感染症(76頁別表2参照)を直接の原因として死亡したとき、

お支払いします。

##### ② 障害給付金

不慮の事故を原因として、事故の日から180日以内に、77頁別表3に定める等級表のいずれかの身体障害の状態に該当し、症状が固定した場合に、その身体障害の程度により災害共済金額の10%(第6級)~100%(第1級=高度障害)までの、障害給付金をお支払いします。

##### ③ 入院給付金

不慮の事故による傷害の治療を目的として、事故の日から180日以内に病院または診療所に5日以上入院した場合、一回の入院について120日を限度として、災害共済金100万円に対し、1日につき1,500円をお支払いします。(1日目から最高120日給付)

※対象となる不慮の事故については、78~79頁別表4を参照してください。

### 小型制度・大型制度 加入共済金別給付金額

※入院給付金は1日当たりの金額

共済金・給付金の種類		加入共済金別給付金額						
		小型制度					大型制度	
		100万円	200万円	300万円	400万円	500万円	1,000万円	
主契約	(死亡・高度障害)共済金	100万円	200万円	300万円	400万円	500万円	1,000万円	
災害保障特約	災害共済金	100万円	200万円	300万円	400万円	500万円	500万円	
	障害給付金	第1級(高度障害)	100万円	200万円	300万円	400万円	500万円	500万円
		第2級	70万円	140万円	210万円	280万円	350万円	350万円
		第3級	50万円	100万円	150万円	200万円	250万円	250万円
		第4級	30万円	60万円	90万円	120万円	150万円	150万円
		第5級	15万円	30万円	45万円	60万円	75万円	75万円
	第6級	10万円	20万円	30万円	40万円	50万円	50万円	
入院給付金	1,500円	3,000円	4,500円	6,000円	7,500円	7,500円		

### こども特約 加入共済金別給付金額

※入院給付金は1日当たりの金額

共済金・給付金の種類		加入共済金別給付金額				
		100万円	200万円	300万円	400万円	
主契約	(死亡・高度障害)共済金	100万円	200万円	300万円	400万円	
災害保障特約	災害共済金	50万円	100万円	150万円	200万円	
	障害給付金	第1級(高度障害)	50万円	100万円	150万円	200万円
		第2級	35万円	70万円	105万円	140万円
		第3級	25万円	50万円	75万円	100万円
		第4級	15万円	30万円	45万円	60万円
		第5級	7.5万円	15万円	22.5万円	30万円
	第6級	5万円	10万円	15万円	20万円	
入院給付金	750円	1,500円	2,250円	3,000円		

#### 【留意事項】

- ①交通事故等不慮の事故により死亡した場合は、主契約の死亡共済金と災害保障特約の災害共済金の合計金額をお支払いします。
- ②交通事故等不慮の事故により障害給付金第1級(高度障害)になった場合は、主契約の高度障害共済金と災害保障特約の障害給付金第1級の合計金額をお支払いします。
- ③入院給付金は、同一の不慮の事故によって2回以上入院した場合には、その事故の日から起算して180日以内に開始した各入院について、入院日数を合算してお支払いします。
- ④障害給付金は、同一の不慮の事故または同一共済期間(毎年7月1日～6月30日)において、通算して災害共済金額10割(小型は100万円につき100万円、大型は500万円、こども特約は100万円につき50万円)をもって限度とします。
- ⑤死亡・高度障害に該当した場合は、制度より脱退していただきます。
- ⑥共済金、給付金の支払金を請求する権利は、その支払事由が生じた時から3年間請求がない場合には消滅します。

※共済金等の支払いは、交通事故・事故状況報告書、医師が証明する所定の死亡証明書や障害診断書、または所定の診断書により保険会社が判断いたします。

※その他の事項が生じた場合には、生命保険会社の勤労団体保険普通保険約款および勤労団体保険災害保障特約および勤労団体保険こども特約および勤労団体保険こども災害保障特約に基づいてお取扱いします。

## 別表1 対象となる高度障害状態

1. 両眼の視力を全く永久に失ったもの
2. 言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの
3. 中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの
4. 胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの
5. 両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
6. 両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
7. 1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
8. 1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの

【注】 傷害または疾病により、上記1～8のいずれかの状態になり、かつ症状が固定し回復の見込がまったくない場合に、高度障害に認定されます。高度障害に認定されると、死亡した場合と同様の取扱いとなり、高度障害共済金を支払い、本制度からは脱退していただくことになります。身体障害者手帳の身体障害1級とは異なります。

### <備 考>

1. 常に介護を要するもの  
「常に介護を要するもの」とは、食物の摂取、排便・排尿・その後始末、および衣服着脱・起居・歩行・入浴のいずれもが自分ではできず、常に他人の介護を要する状態をいいます。
2. 眼の障害(視力障害)
  - (1) 視力の測定は、万国式試視力表により、1眼ずつ、きょう正視力について測定します。
  - (2) 「視力を全く永久に失ったもの」とは、視力が0.02以下になって回復の見込のない場合をいいます。
  - (3) 視野狭さくおよび眼瞼下垂による視力障害は視力を失ったものとはみなしません。
3. 言語またはそしゃくの障害
  - (1) 「言語の機能を全く永久に失ったもの」とは、次の3つの場合をいいます。
    - ① 語音構成機能障害で、口唇音・歯舌音・口蓋音、こう頭音の4種のうち、3種以上の発音が不能となり、その回復の見込のない場合
    - ② 脳言語中枢の損傷による失語症で、音声言語による意思の疎通が不可能となり、その回復の見込のない場合
    - ③ 声帯全部のてき出により発音が不能な場合
  - (2) 「そしゃくの機能を全く永久に失ったもの」とは、流動食以外のものは摂取できない状態で、その回復の見込のない場合をいいます。
4. 上・下肢の障害  
「上・下肢の用を全く永久に失ったもの」とは、完全にその運動機能を失ったものをいい、上・下肢の完全運動麻ひ、または上・下肢においてそれぞれ3大関節(上肢においては肩関節、ひじ関節および手関節、下肢においてはまた関節、ひざ関節および足関節)の完全強直で回復の見込のない場合をいいます。

## 別表2 支払対象となる感染症

支払対象となる感染症とは、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中下記のものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によるものとします。

分類項目	基本分類コード
・コレラ	A00
・腸チフス	A01.0
・パラチフスA	A01.1
・細菌性赤痢	A03
・腸管出血性大腸菌感染症	A04.3
・ペスト	A20
・ジフテリア	A36
・急性灰白髄炎<ポリオ>	A80
・ラッサ熱	A96.2
・クリミア・コンゴ<Crimean—Congo>出血熱	A98.0
・マールブルグ<Marburg>ウイルス病	A98.3
・エボラ<Ebola>ウイルス病	A98.4
・痘瘡	B03
・重症急性呼吸器症候群〔SARS〕	U04
(ただし、病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限りません。)	

【注】1. 新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和2年1月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。)である感染症をいう。)は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に定める次のいずれかに該当する場合は、「支払対象となる感染症」に含めます。なお、次のいずれにも該当しない期間中に支払事由が生じた場合は、「支払対象となる感染症」に含めません。

- (1) 一類感染症、二類感染症または三類感染症
- (2) 新型インフルエンザ等感染症のうち新型コロナウイルス感染症
- (3) 指定感染症

2. 上記感染症により死亡したときは、災害死亡となります。

3. 上記感染症により入院した場合(入院給付金)または身体障害に該当した場合(障害給付金)は、給付金のお支払いの対象とはなりません。

別表3 障害給付の等級表

等級	身体障害	給付金額	
		小型制度 こども特約	大型制度
第1級	1. 両眼の視力を全く永久に失ったもの 2. 言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの 3. 中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの 4. 両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 5. 両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 6. 1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 7. 1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの	100万円  こども 50万円	500万円
第2級	8. 1上肢および1下肢の用を全く永久に失ったもの 9. 10手指を失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 10. 1肢に第3級の13から15までのいずれかの身体障害を生じ、かつ、他の1肢に第3級の13から15まで、または第4級の21から25までのいずれかの身体障害を生じたもの 11. 両耳の聴力を全く永久に失ったもの	70万円  こども 35万円	350万円
第3級	12. 1眼の視力を全く永久に失ったもの 13. 1上肢を手関節以上で失ったかまたは1上肢の用もしくは1上肢の3大関節中の2関節の用を全く永久に失ったもの 14. 1下肢を足関節以上で失ったかまたは1下肢の用もしくは1下肢の3大関節中の2関節の用を全く永久に失ったもの 15. 1手の5手指を失ったかまたは第1指(母指)および第2指(示指)を含んで4手指を失ったもの 16. 10足指を失ったもの 17. 脊柱に著しい奇形または著しい運動障害を永久に残すもの	50万円  こども 25万円	250万円
第4級	18. 両眼の視力にそれぞれ著しい障害を永久に残すもの 19. 言語またはそしゃくの機能に著しい障害を永久に残すもの 20. 中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に日常生活動作が著しく制限されるもの 21. 1上肢の3大関節中の1関節の用を全く永久に失ったもの 22. 1下肢の3大関節中の1関節の用を全く永久に失ったもの 23. 1下肢が永久に5センチ以上短縮したもの 24. 1手の第1指(母指)および第2指(示指)を失ったかまたは第1指(母指)および第2指(示指)のうち少くとも1手指を含んで3手指以上を失ったもの 25. 1手の5手指の用を全く永久に失ったかまたは第1指(母指)および第2指(示指)を含んで3手指以上の用を全く永久に失ったもの 26. 10足指の用を全く永久に失ったもの 27. 1足の5足指を失ったもの	30万円  こども 15万円	150万円
第5級	28. 1上肢の3大関節中の2関節の機能に著しい障害を永久に残すもの 29. 1下肢の3大関節中の2関節の機能に著しい障害を永久に残すもの 30. 1手の第1指(母指)もしくは第2指(示指)を失ったか、第1指(母指)もしくは第2指(示指)を含んで2手指を失ったかまたは第1指(母指)および第2指(示指)以外の3手指を失ったもの 31. 1手の第1指(母指)および第2指(示指)の用を全く永久に失ったもの 32. 1足の5足指の用を全く永久に失ったもの 33. 両耳の聴力に著しい障害を永久に残すもの 34. 1耳の聴力を全く永久に失ったもの 35. 鼻を欠損し、かつ、その機能に著しい障害を永久に残すもの 36. 脊柱(頸椎を除く)に運動障害を永久に残すもの	15万円  こども 7.5万円	75万円
第6級	37. 1上肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を永久に残すもの 38. 1下肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を永久に残すもの 39. 1下肢が永久に3センチ以上短縮したもの 40. 1手の第1指(母指)もしくは第2指(示指)の用を全く永久に失ったか、第1指(母指)もしくは第2指(示指)を含んで2手指以上の用を全く永久に失ったかまたは第1指(母指)および第2指(示指)以外の2手指もしくは3手指の用を全く永久に失ったもの 41. 1手の第1指(母指)および第2指(示指)以外の1手指または2手指を失ったもの 42. 1足の第1指(母指)または他の4足指を失ったもの 43. 1足の第1指(母指)を含んで3足指以上の用を全く永久に失ったもの	10万円  こども 5万円	50万円
注1. 給付金額は、小型制度・こども特約は、共済金額100万円あたりの金額です。 注2. 不慮の事故を原因とする障害のみが対象となります。 注3. 障害等級は、本制度の基準によるもので、身体障害者手帳の等級とは異なります。			

## 別表4 対象となる不慮の事故

対象となる不慮の事故とは、表1によって定義づけられる急激かつ偶発的な外来の事故（ただし、疾病または体質的な要因を有する者が軽微な外因により発症したまたはその症状が増悪したときには、その軽微な外因は急激かつ偶発的な外来の事故とみなしません。）で、かつ、平成6年10月12日総務庁告示第75号に基づく厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要 ICD-10（2003年版）準拠」に記載された分類のうち表2に定めるものをいいます（ただし、表2の「除外するもの」欄にあるものを除きます）。

表1 急激、偶発、外来の定義

用語	定義
1. 急激	事故から傷害の発生までの経過が直接的で、時間的間隔のないことをいいます。（慢性、反復性、持続性の強いものは該当しません。）
2. 偶発	事故の発生または事故による傷害の発生が被保険者にとって予見できないことをいいます。（被保険者の故意にもとづくものは該当しません。）
3. 外来	事故が被保険者の身体の外部から作用することをいいます。（疾病や疾病に起因するもの等身体の内部に原因があるものは該当しません。）

表2 対象となる不慮の事故の分類項目（基本分類コード）

分類項目 （基本分類コード）	除外するもの
1. 交通事故（V01～V99）	
2. 不慮の損傷のその他の外因（W00～X59）	・ 飢餓 ・ 渴
・ 転倒 ・ 転落（W00～W19）	
・ 生物によらない機械的な力への曝露（W20～W49）（注1）	・ 騒音への曝露（W42） ・ 振動への曝露（W43）
・ 生物による機械的な力への曝露（W50～W64）	
・ 不慮の溺死および溺水（W65～W74）	
・ その他の不慮の窒息（W75～W84）	・ 疾病による呼吸障害、嚥下障害、精神神経障害の状態にある者の次の誤嚥（吸引） 胃内容物の誤嚥（吸引）（W78） 気道閉塞を生じた食物の誤嚥（吸引）（W79） 気道閉塞を生じたその他の物体の誤嚥（吸引）（W80）
・ 電流、放射線ならびに極端な気温および気圧への曝露（W85～W99）	・ 高圧、低圧および気圧の変化への曝露（W94）（高山病等）
・ 煙、火および火炎への曝露（X00～X09）	
・ 熱および高温物質との接触（X10～X19）	
・ 有毒動植物との接触（X20～X29）	
・ 自然の力への曝露（X30～X39）	・ 自然の過度の高温への曝露（X30）中の気象条件によるもの（熱中症、日射病、熱射病等）
・ 有害物質による不慮の中毒および有害物質への曝露（X40～X49）（注2）（注3）	・ 疾病の診断、治療を目的としたもの

分類項目 (基本分類コード)		除外するもの
	・無理ながんばり、旅行および欠乏状態 (X50～X57)	・無理ながんばりおよび激しい運動または反復性の運動 (X50)中の過度の肉体行使、レクリエーション、その他の活動における過度の運動 ・旅行および移動 (X51) (乗り物酔い等) ・無重力環境への長期滞在 (X52)
	・その他および詳細不明の要因への不慮の曝露 (X58～X59)	
3. 加害にもとづく傷害および死亡 (X85～Y09)		
4. 法的介入および戦争行為 (Y35～Y36)		・合法的処刑 (Y35.5)
5. 内科的および外科的ケアの合併症 (Y40～Y84)		・疾病の診断、治療を目的としたもの
	・治療上の使用により有害作用を引き起こした薬物、薬剤および生物学的製剤 (Y40～Y59)によるもの(注3)	
	・外科的および内科的ケア時における患者に対する医療事故 (Y60～Y69)	
	・治療および診断に用いて副反応を起こした医療用器具 (Y70～Y82)によるもの	
	・患者の異常反応または後発合併症を生じた外科的およびその他の医学的処置で、処置時には事故の記載がないもの (Y83～Y84)	

(注1) 「曝露」とは、その環境にさらされることをいいます。

(注2) 洗剤、油脂およびグリース、溶剤その他の化学物質による接触皮膚炎ならびにサルモネラ性食中毒、細菌性食中毒 (ブドウ球菌性、ボツリヌス菌性、その他および詳細不明の細菌性食中毒) およびアレルギー性・食餌性・中毒性の胃腸炎、大腸炎は含まれません。

(注3) 外用薬または薬物接触によるアレルギー、皮膚炎等は含まれません。

## 9. 特別給付金

特別給付金は、全理連独自の保障です。共済期間中(保険期間中)の次の場合にお支払いします。

### (1) 保障内容

小型制度 特別給付金の種類と加入共済金別給付金額 (単位：万円)

特別給付金の種類	支払条件	加入共済金別給付金額				
		100万円	200万円	300万円	400万円	500万円
結婚祝金	加入者が結婚したとき (再婚可、内縁関係不可)	2	4	6	8	10
誕生祝金	加入者に子供が誕生したとき (何人目でも可、双子の場合2人分可)	1	2	3	4	5
弔慰金 (子供死亡)	加入者の満14歳6カ月未満の子供が死亡したとき(戸籍に死亡の記載があること。)	3	6	9	12	15
入院見舞金	加入者が継続5日以上入院したとき (毎年4月から翌年3月までの1年度に1回のみ)	1.5	1.5	2	2.5	3
人間ドック補助金	加入者が連合会所定の間ドック検査項目(9項目)をすべて受診したとき (B~Gグループの方で毎年4月から翌年3月までの1年度に1回のみ)	1	1	1	1	1
還暦祝金	加入者が満60歳になったとき (平成25年4月1日以降)	0.5	1	1.5	2	2.5
古希祝金	加入者が満70歳になったとき (平成25年4月1日以降)	0.5	1	1.5	2	2.5
長寿祝金	加入者が満85歳6カ月になったとき	20	/	/	/	/

大型制度 特別給付金の種類と給付金額 (単位：万円)

特別給付金の種類	支払条件	給付金額
人間ドック補助金	加入者が連合会所定の間ドック検査項目(9項目)をすべて受診したとき (B~Dグループの方で毎年4月から翌年3月までの1年度に1回のみ)	1
還暦祝金	加入者が満60歳になったとき (平成25年4月1日以降)	5
古希祝金	加入者が満70歳6カ月になったとき 継続加入5年以上10年未満	50
	加入者が満70歳6カ月になったとき 継続加入10年以上	100

### 【留意事項】

- ①加入（新規・増額）後2年以上経過した場合にお支払いの対象となります。ただし、弔慰金（子供死亡）と入院見舞金は、平成25年4月1日以降の事由発生日より加入後2年未満でもお支払いの対象となります。
- ②事由発生日から3年間請求がない場合には、請求権利は消滅します。
- ③入院見舞金は、検査入院、普通分娩による妊娠・出産による入院はお支払いの対象になりません。
- ④入院見舞金と人間ドック補助金は、それぞれ1年度（4月～翌年3月）に1回請求できます。
- ⑤人間ドック補助金の所定の検査項目とは、血液一般検査、生化学的検査、胸部・胃部X線撮影、血圧測定、心電図、眼底撮影、肺機能検査（呼吸機能検査）、尿検査、の9項目です。
- ⑥人間ドック補助金は、1万円未満の場合は実費お支払いとなります。
- ⑦人間ドック補助金は、小型・大型両制度に加入している場合は、小型制度からのみお支払いとなります。

## 10. 大型制度 入院・就業不能見舞金

入院・就業不能見舞金は、共済期間中（契約期間中）の次の場合にお支払いします。

### (1) 補償内容

加入後に被った傷害または加入後に発生した疾病により、5日以上継続入院または5日以上の就業不能に対し以下の金額をお支払いします。

#### ①入院見舞金

1日につき1,500円を入院が始まった日から120日を限度としてお支払いします。

#### ②就業不能見舞金

月額45,000円の所得補償とし、一就業不能につき（免責期間連続4日間差し引き後）1年間（12カ月）の補償です。

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。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。

※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。

### 【留意事項】

- ①就業不能とは、医師の治療を受け、その直接の結果として理容業に全く従事できないことをいいます。（入院・通院を問いません。）
- ②就業不能期間が、1カ月未満の端数日については1日につき1,500円をお支払いします。
- ③免責期間は、就業不能開始日から起算して連続4日間必要とし、この期間は給付金のお支払いの対象になりません。
- ④入院見舞金は、就業不能見舞金支払対象の場合のみ連合会よりお支払いする特別給付金です。

## 11. 共済金等をお支払いできない場合

次の場合、共済金等をお支払いできませんので、加入(増額)の際は、特にご注意ください。

<小型制度、大型制度、こども特約>

### (1) 共済金等をお支払いできない場合

- ① 共済金の加入限度額を超えて加入していたとき(共済金額超過分についてお支払いできません。)
- ② 掛金が所定の期日までに納入されていないとき
- ③ 加入者に異動があつて届出義務を怠ったとき
- ④ 加入者が故意または重大な過失によって告知の際に事実を告げなかったかまたは事実でないことを告げたとき、告知義務違反により加入者の契約が解除されることがあります。また、その場合、共済金等をお支払いできないことがあります。(加入日から起算して1年以内に死亡・高度障害共済金の支払事由が生じなかった場合には、この解除権は消滅します。)
- ⑤ 加入申込みに際し、加入者に詐欺の行為があつたとき
- ⑥ 加入申込みに際し、加入者に共済金等を不法に取得する目的または他人に共済金等を不法に取得させる目的があつたとき
- ⑦ 加入者が共済金等を詐取する目的で事故招致をしたときや暴力団関係者その他の反社会的勢力に該当すると認められる場合など、重大な事由に該当し、契約の全部または一部が解除されたとき。

### (2) 死亡共済金をお支払いできない場合

- ① 加入者が加入日から1年以内に自殺したとき
- ② 死亡共済金受取人の故意によるとき
- ③ 戦争その他の変乱によるとき

### (3) 高度障害共済金をお支払いできない場合

- ① 加入者の故意によるとき
- ② 高度障害共済金受取人の故意によるとき
- ③ 戦争その他の変乱によるとき

### (4) 災害共済金、障害給付金または入院給付金をお支払いできない場合

- ① 加入者の故意または重大な過失によるとき
- ② 受取人の故意または重大な過失によるとき
- ③ 加入者の犯罪行為によるとき
- ④ 加入者の精神障害または泥酔の状態を原因とする事故によるとき
- ⑤ 加入者が法令に定める運転資格を持たないで運転している間に生じた事故によるとき
- ⑥ 加入者が法令に定める酒気帯び運転またはこれに相当する運転をしている間に生じた事故によるとき
- ⑦ 地震、噴火または津波によるとき
- ⑧ 戦争その他の変乱によるとき

注. (2)③、(3)③、(4)⑦、⑧については、その程度により共済金等の全額または一部をお支払いすることがあります。

※その他、引受保険会社の約款によります。

<大型制度>

### (1) 入院・就業不能見舞金をお支払いできない場合

※就業不能見舞金についての具体的な給付金(保険金)をお支払いできない事項については療養補償共済(所得補償コース)と同じ取扱いとなりますので、療養補償共済(所得補償コース)の給付金(保険金)をお支払いできない事項をご参照ください。

## 12. 共済金等をお支払いできない例

### (1) 死亡・高度障害共済金

医師が証明する所定の死亡証明書や障害診断書等を幹事保険会社が査定します。

- ①加入者が故意または重大な過失によって告知の際に事実を告げなかったかまたは事実でないことを告げた場合には、契約は解除され共済金はお支払いできないことがあります。

**具体例** 令和5年10月1日に加入した。申込日(告知日)以前の令和5年9月1日より、病気の治療のため病院で通院・投薬を受けていたが、そのことを加入時に告知せずその病気が原因で令和6年1月10日に死亡した。

**解説** 加入者は、加入後1年経っておらず、加入日以前からの病気が原因で死亡したため、共済金はお支払いできません。

- ②本制度に定める高度障害、障害状態(75頁別表1、77頁別表3参照)に該当しない場合は、お支払いの対象となりません。身体障害者手帳の等級とは異なります。

[本制度に定める高度障害、障害状態(75頁別表1、77頁別表3参照)に該当していても、(前頁11.共済金等をお支払いできない場合)に該当する場合はお支払いの対象となりません。]

### (2) 入院給付金

交通事故・事故状況報告書と医師が証明する所定の診断書を幹事保険会社が査定します。

- ①事故日から180日以内に入院を開始していない場合、お支払いの対象となりません。

**具体例** 令和5年7月1日不慮の事故により受傷後、令和6年1月10日に入院を開始した。

**解説** 事故の日から起算して180日以内に入院を開始していないため、お支払いの対象となりません。

[事故の日から起算して180日以内に入院を開始していても、(前頁11.共済金等をお支払いできない場合)に該当する場合はお支払いの対象となりません。]

- ②対象となる不慮の事故に該当しない場合は、お支払いできません。対象となる不慮の事故とは、急激かつ偶発的な外来の事故をいいます。(78～79頁別表4参照)

**具体例** 肺炎で入院した。

**解説** 内因性の疾病に対する治療であり、不慮の事故による傷害の治療を目的とする入院ではないので、お支払いの対象となりません。

[不慮の事故による傷害の治療を目的とする入院であっても、(前頁11.共済金等をお支払いできない場合)に該当する場合はお支払いの対象となりません。]

### (3) 特別給付金

- ①加入(新規・増額)日から2年以上経過していない場合、特別給付金はお支払いできません。ただし、弔慰金(子供死亡)と入院見舞金は、加入後2年未満でもお支払いの対象となります。

例：加入日が令和3年7月1日の場合は、令和5年7月1日以降の事由発生日より支払の対象となります。

- ②事由発生日より3年以上経過した場合、請求権利は消滅します。

例：事由発生日が令和4年4月1日の場合、令和7年3月31日までに請求書類が連合会に到着していなければなりません。

- ③人間ドック補助金は、Bグループ以上の方がお支払いの対象となります。

例：A2グループの方で満36歳であっても、7月1日(次回の更新日)にBグループに移行するまでは、お支払いの対象となりません。

# 事務取扱要領

## 加入申込・異動通知

### 1. 加入手続き

新規(増額)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

＜小型制度＞ 災害保障特約付団体生命共済加入申込書兼告知書

＜大型制度＞ 災害保障特約付団体生命共済加入申込書兼告知書

＜こども特約＞ 災害保障特約付団体生命共済こども特約加入申込書兼告知書

#### (2) 記入上の注意

＜小型制度、大型制度、こども特約＞

①組合名・組合コード、支部名・支部コード、最終番号を確認のうえ加入者番号を記入してください。大型制度と小型制度両方に加入した場合は、同じ加入者番号となります。したがってどちらかにすでに加入がある場合には、すでに配番されている加入者番号を記入してください。こども特約の場合は、親契約の加入者番号となります。

②記入事項にもれがないか、1枚目に捺印されているか確認してください。

＜小型制度、こども特約＞

①増額するときは、新規加入時の氏名・生年月日等と相違ないことを確認し、加入者番号を記入してください。

#### (3) 留意事項

＜大型制度＞

①満70歳6カ月(自然脱退)で、大型制度から小型制度へ移行する場合、小型制度の「加入申込書兼告知書」を提出してください。その場合、加入年月日は大型制度の加入年月日を適用します。なお、加入できる共済金額は、小型制度の規定どおり500万円までとしますが、その際、すでに小型制度の加入があれば、小型制度分を含めた共済金額の総額が500万円を超えない額とします。

＜こども特約＞

①こども特約の増額の範囲は、加入者(親契約)が加入している共済金額の範囲内とし、複数の子供がいる場合は、全員同額とします。

②子供と親が同時に新規加入する場合、加入者(親契約)の契約内容を必ず記入してください。

③加入者(親契約)が小型制度を脱退し、同月に大型制度へ加入する場合、(または逆の場合)すでに加入しているこども特約の手続きは再加入となり、継続加入とはなりませんので、こども特約「加入申込書兼告知書」の再提出が必要となります。

## 2. 異動手続き

下記異動事由が発生したときは、連合会所定書類で手続きしてください。

### (1) 提出書類

- <小型制度> 災害保障特約付団体生命共済異動通知書
- <大型制度> 災害保障特約付団体生命共済異動通知書
- <こども特約> 災害保障特約付団体生命共済異動通知書

### (2) 異動事由

- ①制度を脱退するとき
- ②死亡、高度障害に該当し脱退するとき
- ③年齢超過により自然脱退するとき  
(小型制度は満85歳6カ月、大型制度は満70歳6カ月、こども特約は満22歳6カ月)
- ④生年月日を訂正するとき
- ⑤加入者氏名を改姓・訂正するとき
- ⑥県内外へ転出したとき
- ⑦満80歳6カ月を超え、Gグループに移行するとき(小型制度)
- ⑧共済金額を減額するとき(小型制度、こども特約)
- ⑨加入者(親契約)が脱退するとき(こども特約)
- ⑩加入者(親契約)が減額し、加入者(親契約)の共済金額より多くなってしまった場合(こども特約)

### (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、1枚目に捺印されているか確認してください。

### (4) 留意事項

<小型制度、大型制度、こども特約>

- ①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)
- ②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、同一共済年度(毎年7月1日～6月30日)内のみとします。
- ③生年月日の変更等、掛金・共済金等の支払いに影響する異動は、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。

<小型制度>

- ①Gグループへの移行者の移行手続きは、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)

<大型制度>

- ①満70歳6カ月で小型制度への移行手続きを行う場合には、当該月で行えるよう組合を通じて連合会にご連絡をお願いします。
- ②脱退の異動通知書は必ず前月末までに提出してください。(死亡含む)

### (5) その他

保障開始後の加入取消や遡及脱退は認められません。

## 3. 各書類の提出

- (1)「加入申込書」、「異動通知書」については、記入事項や捺印等を確認のうえ、支部でとりまとめ組合に提出してください。
- (2)小型制度と大型制度の「加入申込書」は、加入者区分欄(組合員・従業員・組合事務局職員)の

いずれか一つに○がついているか加入資格の確認を行い、加入資格確認欄に組合名を記入し、組合理事長印(理事長個人印は不可)を2枚目まで必ず捺印してください。

- (3)「加入申込書」は、組合において受付の手続きが完了したら、加入者本人に本人用を返却してください。
- (4)組合、支部においては、それぞれ組合用、支部用の各書類を保管しておいてください。
- (5)組合においては、各書類の記入事項や捺印等を確認のうえ、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)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、訂正のうえ、1枚ずつ組合印を捺印し、更新日(7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。

##### <小型制度>

更新日(7月1日)現在における満年齢が、

- ①26歳1日以上になる方は、A1からA2グループに移行します。
- ②36歳1日以上になる方は、A2からBグループに移行します。
- ③51歳1日以上になる方は、BからCグループに移行します。
- ④61歳1日以上になる方は、CからDグループに移行します。

なお、毎月の満年齢が、80歳6カ月を超える方は、翌月1日よりDからGグループに移行しますが、「異動通知書」で移行手続きを行ってください。

##### <大型制度>

更新日(7月1日)現在における満年齢が、

- ①36歳1日以上になる方は、AからBグループに移行します。
- ②51歳1日以上になる方は、BからCグループに移行します。
- ③61歳1日以上になる方は、CからDグループに移行します。

##### <こども特約>

毎年7月1日をもって、自動的に更新継続します。

#### 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

7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、8月中旬に組合宛に2部(組合用、支部用)送付します。

##### (2) 加入者名簿

毎月の新規・増額・転入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) 異動者名簿

毎月の脱退、減額、生年月日訂正、加入者氏名を改姓・訂正、転出者等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) 支部別集計表

毎月の加入状況(支部別加入人数・支部別グループ別加入口数)を、該当月の翌月中旬に組合宛に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

＜小型制度、こども特約＞

各支部で集金した毎月の掛金は、組合でとりまとめ、事務手数料を差引き、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。)

納付期限を厳守してください。掛金を滞納した場合は本制度から脱退していただくことになります。

＜大型制度＞

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。)

納付期限を厳守してください。掛金を滞納した場合は本制度から脱退していただくことになります。

#### (2) 留意事項

保障開始後の加入取消や遡及脱退は認められません。

#### (3) 掛金の送金方法

＜小型制度、こども特約＞

団体生命会計の口座に組合より一括して送金してください。

＜大型制度＞

団体生命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・支部別集計表

＜小型制度、こども特約＞

掛金を連合会へ送金するときは、「団体生命共済(小型制度・こども特約)掛金送金票」と「支部別集計表」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。

＜大型制度＞

掛金を連合会へ送金するときは、「団体生命共済大型制度掛金送金票」と「支部別集計表」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

＜小型制度＞

各グループとも共済金100万円について月額20円です。

＜大型制度＞

各グループとも月額200円です。

＜こども特約＞

共済金100万円について月額5円です。

※大型制度の事務手数料は、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. 共済金・障害給付金・入院給付金

共済金・給付金の請求をする場合は、下記の必要な書類を揃えて支部、組合を通じて連合会へ提出してください。

#### (1) 請求に必要な書類

#### 共済金・給付金

◎は連合会所定の書類です。

請求事由	提出書類
死亡の場合	◎(死亡・高度障害)共済金請求書 ◎死亡証明書(○法定書式の死亡診断書〔死体検案書〕コピー可) ○死亡事実の記載のある戸籍(除籍)謄(抄)本(大型制度加入者は謄本)コピー可 <sup>(注)</sup> 〔こども特約の場合、親契約者との続柄を証明できる戸籍謄(抄)本〕コピー可 ○加入者と受取人(了知者)との関係(続柄)を証明できる戸籍謄(抄)本コピー可 <sup>(注)</sup> ※(注)所定死亡証明書の原本の提出を求め場合があります。次頁(2)留意事項②をご参照ください。
災害死亡の場合	上記死亡提出書類の他に ◎交通事故・事故状況報告書
高度障害の場合	◎(死亡・高度障害)共済金請求書 ◎障害診断書 ○こども特約の場合、親契約者との続柄を証明できる戸籍謄(抄)本コピー可
災害高度障害(障害1級)の場合	上記高度障害提出書類の他に ◎交通事故・事故状況報告書
障害給付金(第2級～第6級)	◎(障害・入院)給付金兼大型制度(入院・就業不能)見舞金請求書 ◎障害診断書 ◎交通事故・事故状況報告書 ○こども特約の場合、親契約者との続柄を証明できる戸籍謄(抄)本コピー可
入院給付金	◎(障害・入院)給付金兼大型制度(入院・就業不能)見舞金請求書 ◎所定の診断書または同等の所定外診断書(コピー可) ◎交通事故・事故状況報告書 ○こども特約の場合、親契約者との続柄を証明できる戸籍謄(抄)本コピー可 ※障害に該当する可能性がある場合、所定の障害診断書の提出を求め場合があります。
入院給付金簡易請求	簡易請求の条件 下記の条件をすべて満たす場合は、診断書の省略ができます。 1. 加入日(増額日)から <b>1年経過後</b> に入院を開始していること。 2. 医療法に規定されている病院または診療所への入院であること。 (柔道整復師法に定める施術所への入所でないこと。) 3. <b>氏名、入院期間(請求期間)が明記された病院または診療所発行の入院費用(診療費)の請求書・領収書・病院(診療所)発行の退院証明書のいずれかのコピーが添付されていること。</b> 4. その他、「保険会社」が定める所定の要件を満たしていること。 ◎(障害・入院)給付金兼大型制度(入院・就業不能)見舞金請求書 ◎交通事故・事故状況報告書 ◎入院状況報告書(自己申告用) ○請求書・領収書・退院証明書のいずれかのコピー(交通事故で相手方の費用負担のため領収書コピー等の提出ができない場合、「自賠責保険用の診療報酬明細書のコピー」で代用できます。) ○こども特約の場合、親契約者との続柄を証明できる戸籍謄(抄)本コピー可

(注)大型制度の入院・就業不能見舞金の請求がある場合は、戸籍謄本は原本の提出が必要です。

## (2) 留意事項

- ① 所定の死亡証明書を提出することを原則としますが、医師が発行した死亡診断書、医師または監察医が発行した死体検案書でもお取り扱いします。交通事故証明書は、警察に届出後発行していただいでください。
- ② 災害死亡・不詳の死の場合、および加入期間1年以内に死亡した場合以外は、所定の死亡証明書または死亡診断書・死体検案書(通常の法定書式のみ)のコピーで請求できます。  
(注)災害死亡・不詳の死の場合、および加入期間1年以内に死亡した場合には、所定の死亡証明書原本が必要です。
- ③ 高度障害の請求をする場合で、加入者に意思能力が無いと思われる場合は、組合を通じて連合会へご相談ください。  
(注)保険会社が加入者に意思能力が無いと判断した場合は、受取人および了知者についての取り扱いや受取人(了知者)氏名欄・了知者氏名欄への署名、捺印についての取り扱いおよび提出していただく書類が、通常と異なる場合があります。
- ④ 死亡・高度障害の請求をする場合、必要に応じ前頁以外の書類をご提出願う場合もあります。
- ⑤ 小型・大型両制度に加入している場合、重複する提出書類は1通でもお取り扱いします。
- ⑥ 大型制度の入院・就業不能見舞金の請求を同時に行う場合は、91頁3. 大型制度 入院・就業不能見舞金を参照してください。
- ⑦ 区・市役所または町村役場によっては、戸籍事務をコンピューターで取り扱っており、その場合、戸籍謄本は全部事項証明となり、戸籍抄本は個人事項証明となります。
- ⑧ 入院給付金の簡易請求において、提出いただいた書類の内容が、お申し出の内容と異なっている場合などには、所定の診断書の提出を依頼することもあります。
- ⑨ 入院給付金の簡易請求において、提出いただいた書類で入院内容がわかりかねるときは、診療を受けられた病院または診療所に保険会社が内容をお伺いすることもあります。

## (3) 戸籍謄(抄)本や印鑑証明書等の公的書類をコピーで提出する場合の注意点

- ① 発行日より6カ月以内であること。
- ② 複数の頁がある場合、すべての頁のコピーが必要。
- ③ 海外死亡等で法定書式の死亡診断書の提出ができない場合は、公的書類は原本提出となります。  
(コピー提出不可)

## 2. 特別給付金

特別給付金の請求をする場合は、下記の必要な書類を揃えて支部、組合を通じて連合会へ提出してください。

### (1) 請求に必要な書類

小型制度 特別給付金 ◎は連合会所定の書類です。

特別給付金の種類	提出書類
結婚祝金	◎特別給付金請求書 ○戸籍謄(抄)本(婚姻届受理証明書でも可)コピー可
誕生祝金	◎特別給付金請求書 ○子供の戸籍謄(抄)本(出生届受理証明書でも可)コピー可
弔慰金(子供死亡)	◎特別給付金請求書 ○子供の死亡事実の記載がある戸籍(除籍)謄(抄)本 コピー可
入院見舞金	◎特別給付金請求書 ○医療機関で発行した診断書または領収証(書) または所定の入院証明書、コピー可 (加入者氏名、入院期間、医療機関名が記載されているもの)
人間ドック補助金	◎特別給付金請求書 ◎人間ドック受診確認書 ・領収証(書)で人間ドックの所定の検査項目を受診したことが不明な場合は原本。 ・領収証(書)で人間ドックの所定の検査項目を受診したことが判断できる場合は、確認書は省略できます。 ○領収証(書)コピー ・領収証(書)に「人間ドック受診料として」等の記載がある場合、所定の検査項目をすべて受診しているとみなします。
還暦祝金	◎特別給付金請求書
古希祝金	◎特別給付金請求書
長寿祝金	◎特別給付金請求書

大型制度 特別給付金 ◎は連合会所定の書類です。

特別給付金の種類	提出書類
人間ドック補助金	◎特別給付金請求書 ◎人間ドック受診確認書 ・領収証(書)で人間ドックの所定の検査項目を受診したことが不明な場合は原本。 ・領収証(書)で人間ドックの所定の検査項目を受診したことが判断できる場合は、確認書は省略できます。 ○領収証(書)コピー ・領収証(書)に「人間ドック受診料として」等の記載がある場合、所定の検査項目をすべて受診しているとみなします。
還暦祝金	◎特別給付金請求書
古希祝金	◎特別給付金請求書

**(2) 留意事項**

- ①請求書に添付する書類は、コピー可と記載のあるところ以外は、すべて原本を提出してください。
- ②人間ドック補助金で、1つの医療機関で所定の検査項目をすべて受診できなかった場合は、他の医療機関において、残りの検査項目を受診し、それぞれの医療機関の受診確認書と領収証(書)を提出してください。
- ③事由発生日から3年間請求がない場合には、特別給付金の請求権利が消滅しますので、すみやかに手続きをしてください。
- ④区・市役所または町村役場によっては、戸籍事務をコンピューターで取り扱っており、その場合、戸籍謄本は全部事項証明となり、戸籍抄本は個人事項証明となります。

**(3) 戸籍謄(抄)本等公的書類をコピーで提出する場合の注意点**

- ①発行日より6カ月以内であること。
- ②複数のページがある場合、すべてのページのコピーが必要。
- ③海外死亡等で法定書式の死亡診断書の提出ができない場合は、公的書類は原本提出となります。(コピー提出不可)

**3. 大型制度 入院・就業不能見舞金**

入院・就業不能見舞金の請求をする場合は、下記の必要な書類を揃えて支部、組合を通じて連合会へ提出してください。

**(1) 請求に必要な書類**

◎は連合会所定の書類です。

請求事由	提出書類
病気または傷害により、継続5日以上入院または5日以上就業不能となったとき	◎(障害・入院)給付金兼大型制度(入院・就業不能)見舞金請求書 ※その他の書類については、療養補償共済所得補償コース190頁参照

**(2) 留意事項**

- ①小型・大型両制度に加入している場合、重複する提出書類は1通でお取り扱いします。
- ②区・市役所または町村役場によっては、戸籍事務をコンピューターで取り扱っており、その場合、戸籍謄本は全部事項証明となります。

## 4. 共済金・入院給付金・障害給付金の受取人と了知について

### (1) 死亡の場合

＜小型制度、大型制度＞

原則として、受取人は、加入者の遺族となります。

加入者の遺族とは、労働基準法施行規則第42条、第43条に基づく遺族補償の受給者のことであり、その範囲および順位は次のとおりとなります。

第一順位：配偶者
第二順位：加入者が生計を維持していた、または生計を一にしていた下記の順位の者 ⇒ 子、養父母、実父母、孫、祖父母
第三順位：加入者が生計を維持していた、または生計を一にしていた者がいない場合は 戸籍上下記の順位の者 ⇒ 子、養父母、実父母、孫、祖父母、兄弟姉妹

#### 加入者の遺族が共済金を受け取る場合(※)

最上位順位者が受け取る場合は、最上位順位者による受取人(了知者)氏名欄への署名、捺印をお願いいたします。

上位の順位者がいるにもかかわらず、それより下位の順位者／下位順位の方が受け取る場合には、順位が最上位の方がその請求内容を了知していることが必要となります。

この場合、請求書の受取人(了知者)氏名欄にその方(下位の順位者)の署名、捺印を、了知者氏名欄に順位が最上位の方の署名、捺印をお願いいたします。

#### 加入者の遺族以外の方が共済金を受け取る場合(事業主が掛金を負担していた場合等)(※)

加入者の遺族がその請求内容を了知していることが必要となります。

この場合、請求書の受取人(了知者)氏名欄にその方(加入者の遺族以外の受取人)の署名、捺印を、了知者氏名欄に、加入者の遺族で順位が最上位の方の署名、捺印をお願いいたします。

※いずれの場合も加入者と受取人(了知者)との関係(続柄)を証明できる戸籍謄(抄)本が必要となります。

※受取人(了知者)が未成年者の場合には、親権者が了知を行い、その関係(続柄)を証明できる戸籍謄(抄)本が必要となります。

＜こども特約＞

受取人は親契約者となります。了知者はこどもの遺族となります。遺族についての規定は前述のとおりです。

### (2) 高度障害の場合

＜小型制度、大型制度＞

受取人は、加入者となります。加入者による受取人(了知者)氏名欄への署名、捺印をお願いいたします。

加入者に意思能力が無いと思われる場合は、組合を通じて連合会へご相談ください。

(注) 保険会社が加入者に意思能力が無いと判断した場合は、受取人および了知者についての取り扱いや受取人(了知者)氏名欄・了知者氏名欄への署名、捺印についての取り扱いおよび提出していただく書類が、通常と異なる場合があります。

＜こども特約＞

受取人は親契約者となります。了知者はこどもとなります。

(注) 了知者(こども)が未成年者の場合には、親権者が了知を行い、その関係(続柄)を証明できる戸籍謄(抄)本が必要となります。

### (3) 障害給付金・入院給付金の場合

＜小型制度、大型制度＞

受取人は、加入者となります。加入者による加入者欄への署名および捺印(2枚目まで)をお願いいたします。

＜こども特約＞

受取人は、親契約者となります。了知者はこどもとなります。

※親契約者と加入者の続柄が確認できる戸籍謄(抄)本が必要となります。

※了知者(子ども)が未成年者の場合には、親権者が了知を行い、その関係(続柄)を証明できる戸籍謄(抄)本が必要となります。

## 5. 共済金等の支払い

### (1) 共済金、障害給付金、入院給付金の支払い

共済金、障害給付金、入院給付金は、幹事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。

### (2) 特別給付金の支払い

特別給付金は、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。

### (3) 入院・就業不能見舞金の支払い

入院・就業不能見舞金は、幹事保険会社から連合会を経て、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。

## 6. 診断書等取得費用相当額の幹事保険会社負担について

所定の診断書等をご提出いただいたにもかかわらず、お支払いの対象とならなかった請求者に、その取得費用相当額を幹事保険会社がお支払いする取扱いをしております。

(注)診断書等取得費用相当額のお支払いについては、幹事保険会社所定の要件を満たす必要があります。

### 1. 対象となる場合

共済金・給付金等のご請求の際、所定の診断書等の原本をご提出いただいたにもかかわらず、ご請求が支払要件に該当せず、全くお支払いの対象とならなかった場合。

### 2. 対象とならない場合

上記1に該当する場合でも以下のときは、負担の対象とはなりません。

①告知義務違反により契約・特約解除となるご請求

②詐欺無効・不法取得目的により無効となるご請求

③モラルリスク及びその他の事由により、請求者に診断書等取得費用相当額をお支払いすることが妥当ではないと判断されるご請求

例：共済金受取人による故殺で支払いが免責される場合

### 3. 負担額

負担額は診断書等取得費用相当額で以下のとおりです。

請求事由	診断書等種類	負担額
死亡 高度障害 障害(災害)	所定の死亡証明書、所定の障害診断書	11,000円
入院(災害)	所定の診断書	5,500円

(注)診断書等枚数単位でお支払いします。また、負担額は診断書等種類に応じ、一律上記金額です。診断書等取得費用の実費ではありませんので、あらかじめご了承ください。

## 7. 大型制度入院・就業不能見舞金お支払いできない方に対する「診断書料」補助金の支給

入院・就業不能見舞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円未満の場合実費)

(注)①診断書料(文書料)が記載された領収書コピーの添付

②7月から翌年6月までの年1回

③就業不能開始日が平成20年7月1日以後で、給付金請求をするもの。

## 税法上の取扱い

掛金や受け取る給付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のうち主契約部分が所得控除の対象となります。(一般生命保険料控除)

#### (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也没有ありません。

##### ② 従業員一部の場合

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のうち主契約部分が所得控除の対象となります。(一般生命保険料控除)

<参考>

所得税の生命保険料控除額

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. 死亡共済金(保険金)

死亡保険金を受け取った場合は、契約者(保険料負担者)、被保険者、保険金受取人の関係によって、税金の種類が異なります。

**(1) 契約者と被保険者が同一人で受取人が法定相続人の場合**

受取人が相続人の場合は、すべての相続人が受け取った保険金の合計額が、下記計算式の金額を超えるときにその超える部分が**相続税**の課税対象になります。

$$\text{非課税限度額} = 500\text{万円} \times \text{法定相続人の数}$$

**【注】** 受取人が相続人でない場合は遺贈としてみなし相続財産となりますが、非課税の適用を受けることはできません。

**(2) 契約者と受取人が同一人で被保険者が異なる場合**

受け取った死亡保険金は、一時所得として取り扱われ、下記計算式により課税対象額が生じたときは**所得税**の対象となります。その場合は、他の所得と合算して、確定申告する必要があります。

$$\text{課税対象額} = [(受取保険金 - \text{年間払込保険料}) - \text{特別控除}50\text{万円}] \times 1/2$$

**【注】** 団体生命共済は1年契約となりますので、控除できる保険料は、加入期間の通算払込保険料ではなく、直近1年間の払込保険料となります。※掛金ではありません。

**(3) 契約者、被保険者、受取人がそれぞれ異なる場合**

受け取った死亡保険金などその年に贈与を受けた財産の価格の合計額が110万円を超える場合は、**贈与税**の対象になります。

$$\text{課税対象額} = \text{受取保険金等その年に贈与を受けた財産の価格の合計額} - \text{基礎控除}110\text{万円}$$

**死亡保険金を受け取ったときの税金**

契約関係	契約例			税の種類
	契約者 (保険料負担者)	被保険者	受取人	
(1) 契約者と被保険者が同一人で、 受取人が法定相続人の場合	夫	夫	妻	相続税
	夫	夫	子	
(2) 契約者と受取人が同一人で、 被保険者が異なる場合	夫	妻	夫	所得税 (一時所得)
	夫	子	夫	
(3) 契約者、被保険者、受取人が それぞれ異なる場合	夫	妻	子	贈与税
	夫	子	妻	

**【注】** 個々のお取扱いについては、最寄りの税務署へご相談ください。  
税法上、死亡保険金の1回の支払額が100万円を超える場合は、委託保険会社より所轄の税務署に「支払調書」が送付されます。

**3. 高度障害共済金、障害給付金、入院給付金**

受取人が被保険者の場合は、全額非課税となります。また、受取人がその身体に傷害を受けた者の配偶者もしくは、直系血族または生計を一にするその他の親族の場合も、非課税となりますが、個々のお取扱いについては、最寄りの税務署へご相談ください。

## マイナンバーの取扱いについてのお知らせ

ジブラルタ社では、提供いただいたマイナンバーは、支払調書など法定書類の作成・提出以外には利用しません。

マイナンバーの取扱いには、法令、ガイドラインにおいて厳格な安全管理措置が求められています。

ジブラルタ社においても法令、ガイドラインを遵守して、保険金等のご請求手続きの際は、マイナンバーの記載のある書類（通知カード等）を求めているいないため、ご提出されないようお願いいたします。

また、住民票等をご提出の場合は、マイナンバーの記載のないものをご提出ください。

なお、ジブラルタ社の社員やジブラルタ社から委託を受けた者が、お客様のマイナンバーを対面やお電話でお伺いすることは一切ありませんので、このような依頼があってもご回答されないようお願いいたします。

### ご注意ください

ご契約者・お受取人の皆様へ

ジブラルタ社では、保険金・年金・解約返戻金などをお支払いした後に、郵送でマイナンバーのご提供をお願いする場合があります。

ご案内が届きましたら、マイナンバーのご提供にご協力くださいますようお願い申し上げます。

※ご案内は、お支払い後2週間前後でお届けします。

※ジブラルタ社では、マイナンバーの取得・管理業務を外部業者に委託しています。

1. 小型制度 加入申込書兼告知書

生年月日は正確に記入してください。

令和元年 改訂版	小型	全理連・災害保障特約付団体生命共済 加入申込書兼告知書	連合会用
全国理容生活衛生同業組合連合会 御中			
<p>下記のとおり、全理連・災害保障特約付労働団体保険への加入を申込みいたします。                  下記加入者が、申込日現在、団体または事業所にて正常に勤務または就業しており、加入資格を有していることを証明いたします。                  なお、告知事項の内容は事実と相違ないことを誓約します。</p>			
組合名 コード	支店名 コード	加入者 番号	保険契約者 全国理容生活衛生同業組合連合会
加入年月日	申込(告知)日	加入者区分	金社コード
令和 X 年 4 月 1 日	令和 X 年 3 月 23 日	1. 組合員 ③ 従業員 4. 組合事務局職員	
加入者氏名 (カタカナ) ゼンリ ジロウ (漢字) 全理 次郎		押印欄 (全理)	・3枚目本人用裏面記載の「保険契約の重要事項のお知らせ」および表紙記載の「告知に関する重要な事項について」の内容を理解・了承しました。 ・この保険の目的および保障内容等が意向(ニーズ)に合致していることを確認しました。 ・表紙記載の「個人情報取り扱いについて」の内容について承知し、同意します。 ・告知事項は下記記載のとおりで事実と相違ありません。
性別	生年月日		
男性 (昭和) 女性 (平成)	XX 年 7 月 7 日 (満 XX 歳)		
住所 (カタカナ) トウキョウトシブヤクヨヨギ 1-36-4 〒151-0053 東京都渋谷区代々木 1-36-4		店名 ヘアサロン代々木 TEL 03(3379)4111	
区分	グループ区分	今回申込共済金(保険金)	共済金(保険金)受取人
新編 増額	A1 A2 B C D	100万 200万 300万 400万 500万	保険契約者
注)・増額の場合は、増額分のみ○をしてください。 ・太枠内を訂正する場合は、押印した加入者ご本人の印鑑での訂正をお願いします。			
加入者の告知事項 (下記の告知事項については、必ず加入者ご本人が、ありのままをもち正確にご記入ください。ありのままをもち告知をされない共済金(保険金等)が支払われない場合があります。)			
告知事項	現在健康で正常に就業していますか。	はい (有) / いいえ (無)	「いいえ」の場合ご記入ください。 休務期間 ( 年 月 日より ) 就業制限の内容 ( )
	下記告知事項1.~3. について告知いたします。有の場合は詳細欄のとおり告知いたします。	無 (無) / 有 (有)	告知事項の1.~3. について「有」の場合、必ず以下の詳細欄へ詳しくご記入ください。 [詳細欄] ①病名やけがの名前・腫れが部位 <b>尿管結石</b>
	1. 最近3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導を含みます)・投薬を受けたことがありますか。 2. 過去1年以内に病名やけがのため手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。また、病名やけがのため2週間以上(※2)にわたり、医師の治療・投薬(※1)を受けたことがありますか。 (※1)「医師の治療・投薬」とは、医師による診察・検査(妊娠による定期検査を含みます)・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。 (※2)「2週間以上」とは、転医・転科を含め初診から終診までの継続加療期間で、医師の管理下にあった期間をいいます。(実際の診察日数ではありません)	無 (無) / 有 (有)	②入院期間 ( 年 月 ~ 年 月 ) ③治療・投薬期間 ( RX 年 1 月 ~ RX 年 2 月 ) ④症状経過 (いづれかに○をつけ全治の場合は年月をご記入ください)。 (○) 全治している (全治年月 RX 年 2 月) ( ) 現在、治療中 ⑤女性で満16歳以上の方で妊娠中の場合 (妊娠第 週)
3. 手・足の欠損または機能に障がいがありますか、または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。	無 (無) / 有 (有)		
注)・加入1年以内の加入者において加入時の疾病が発覚し、その病症が直接の原因で死亡したときは、共済金(保険金)は支払われません。 ・共済金(保険金)は、全国理容生活衛生同業組合連合会を經由して、遺族等に支払われます。そのため加入者の遺族がその請求内容を了知していることが必要となります。 最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことを確認してください。 告知事項にもれがある場合には、万が一の場合に共済金(保険金等)をお支払いできないことがありますので、十分ご注意ください。			
上記加入者が、申込日現在、正常に就業しており、加入資格を有していることを証明いたします。		〇〇〇 理容生活衛生同業組合	組合印 (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) 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

団体生命

■ 太枠内は全て加入申込者ご本人が、必ずご自身で記入してください。5枚複写となっておりますので、ボールペンで強く書いてください。

## 2. 小型制度 異動通知書

加入者氏名の改姓・訂正の場合、必ず「姓」と「名」を記入してください。

<b>小型</b>	全理連災害保障付団体生命共済 <b>異動通知書</b>	<b>連合会用</b>														
下記の通り異動がありましたので通知いたします。																
組合名 コード	○○○ / ×××	支部名 コード	○○ ×××	異動発生日 令和 X 年 4 月 1日付	令和 X 年 3 月 10 日	○○○ 理容生活衛生同業組合 (印)										
加入者番号 ×××	加入者氏名 (カタカナ) ゼンリ イナロウ (漢字) 全理 一郎	生年月日 (昭和) XX 年 8 月 8 日 (平成) 平成	捺印 4枚目まで捺印のこと (2枚目を除く) (印)													
該当する異動事由の番号を○印で囲み、異動内容をご記入ください。																
異動事由	異動内容															
①	脱退	○小型制度の <u>3</u> 百万円加入を脱退します。 ・死亡のため、小型制度の _____ 百万円加入を脱退します。 ・年令超過 (死亡日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)														
2	減額	・小型制度の _____ 百万円加入を _____ 百万円加入に減額します。 ・小型制度の Dグループ _____ 百万円加入を、Gグループ 1 百万円加入に減額・移行します。														
3	生訂年月日正	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日を 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に訂正 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日を 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日に訂正														
4	加入者氏名改姓・訂正	(カタカナ) _____ を (カタカナ) _____ に改姓 (漢字) _____ を (漢字) _____ に訂正														
5	支部転出	_____ 組合 _____ 支部 _____ 番に転入 連合会記入欄 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
6	その他															
注1. 加入者（親契約）が脱退した場合は、加入している子供も脱退となります。（こども特約の異動通知書も同時にご提出ください。） 注2. 加入者（親契約）が減額した場合は、加入している子供も加入者（親契約）の加入共済金額の範囲内で減額しなければなりません。																
○○○ 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										
企保-717(19.06)4×10×400(SP)																

### 3. 小型制度 (死亡・高度障害) 共済金請求書

受取人と了知については、92頁を参照してください。

連 合 会 用	受付No. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px;"></span>					
<h2 style="margin: 0;">全理連災害保障特約付団体生命共済 (死亡・高度障害) 共済金請求書</h2>						
令和 X 年 3 月 10 日						
全国理容生活衛生同業組合連合会 御中						
<p>下記のとおり委任を受けましたので関係書類を添付の上、共済金の請求をいたします。</p>						
<span style="font-size: 24px;">○ ○ ○</span> 理容生活衛生同業組合 請求者 理事長 <span style="font-size: 24px;">○ ○ ○ ○ ○</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>						
組 合	<span style="font-size: 24px;">○○○</span> 支 部 <span style="font-size: 24px;">○○</span> <span style="font-size: 24px;">× ×</span>	加入者氏名 <span style="font-size: 24px;">全理太郎</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">男</span> 加入者番号 <span style="font-size: 24px;">× × × × × × × × × ×</span>	昭・平・令 XX 年 11 月 10 日 生 <span style="font-size: 24px;">× ×</span> 歳	親契約者氏名	続 柄	加入日
制 度	<input type="checkbox"/> 大型 <input checked="" type="checkbox"/> 小型 <input type="checkbox"/> こども特約	こども特約の場合 続 柄	1,000,000 円也	死亡日 <span style="font-size: 24px;">平成・令和</span> XX 年 3 月 1 日	加入日 大型 昭・平・令 年 月 1日 小型 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭</span> ・平・令 XX 年 7 月 1日 こども特約 昭・平・令 年 月 1日	(注) 災害死亡の場合、小型制度にご加入であれば主契約の共済金と同額の災害共済金が支払われます。大型制度にご加入であれば500万円の災害共済金が支払われます。
<p>《個人情報の取り扱いについて - 保険契約者(全国理容生活衛生同業組合連合会)および生命保険会社からのお知らせ -》</p> <p>保険契約者は、保険金・給付金の請求に伴って、本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報(以下、個人情報)を、本保険の事務手続きのため使用し、保険契約者が保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提出します。また、生命保険会社は受領した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供・ご契約の維持管理、③生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。引受保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。</p> <p>(注) 保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。</p>						
(注) 生命保険会社は、上記の個人情報の取り扱いに同意いただけない場合、共済金のお支払いの続きができません。						
本共済金は当連合会より右記の者に支払います。	上記の請求者を代理人と定め共済金の請求ならびに受領を委任いたします。 上記「個人情報の取り扱いについて」の記載内容を承知し同意します。 戸籍謄本等記載者からも、当該記載者の個人情報「個人情報の取り扱いについて」と同様に取り扱われることについて同意を取得しました。 共済金の請求を了知しました。 (注)	受取人住所 <span style="font-size: 24px;">〒151-0053</span> <span style="font-size: 24px;">東京都渋谷区代々木1-36-4</span> TEL <span style="font-size: 24px;">× × × × ( × × ) × × × × × ×</span>	(自署) 加入者との続柄 <span style="font-size: 24px;">全理花子</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">妻</span>	(自署) 受取人と了知者が相違する場合 加入者との続柄	了知者氏名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	
(注) 了知について ・ 死亡の場合・・・加入者のご遺族(労働基準法施行規則に定める者)のうち最上位順位者による署名・捺印が必要です。 ・ 高度障害(障害)の場合・・・加入者本人の署名・捺印が必要です。						
(注) 当該団体生命共済において、保険会社では、共済金は保険金、加入者は被保険者と読み替えます。						
<span style="font-size: 24px;">○ ○ ○</span> 理容生活衛生同業組合	理事長 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	部長 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	支部長 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	扱 者 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	理 事 長	担 当 役 員
全国理容生活衛生同業組合連合会		担 当 役 員	事 務 局 長	部 長	課 長	扱 者
連 合 会 受 付 日		保 険 会 社 送 付 日				

4. 小型制度 (障害・入院) 給付金兼大型制度(入院・就業不能)見舞金請求書

受取人と了知については、92頁を参照してください。

連 合 会 用		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">受 付</td> <td style="width:25%;">入 院</td> <td style="width:25%;">就業不能</td> <td style="width:25%;">大型入院</td> <td style="width:25%;">小型入院</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	受 付	入 院	就業不能	大型入院	小型入院	No.				
受 付	入 院	就業不能	大型入院	小型入院								
No.												
<p><b>全理連災害保障特約付団体生命共済</b>  <b>(障害・入院) 給付金兼大型制度(入院・就業不能) 見舞金請求書</b></p> <p style="text-align: right;">令和 X 年 4 月 30 日</p>												
全国理容生活衛生同業組合連合会 御中		請求者 ○ ○ ○ 理容生活衛生同業組合 理事長 ○ ○ ○ ○ ○ (印)										
下記のとおり委任を受けましたので関係書類を添付の上、給付金(見舞金)の請求をいたします。												
組 合	支 部	加入番号	加入者氏名	全理 花子 男・女 昭・平・令 XX年 5月 10日生 XX歳								
制 度	<input type="checkbox"/> 大型 <input checked="" type="checkbox"/> 小型 <input type="checkbox"/> 子ども特約	子ども特約の場合 <input type="checkbox"/>	続 柄	親契約者氏名								
加 入 日	大 型 昭・平・令 年 月 日 小 型 昭・平・令 X 年 7 月 1 日 子ども特約 昭・平・令 年 月 日	加入共済金	2,000,000円也	店 名 ○ ○ ○ ○ ○								
傷 病 名	左肋骨骨折		入 院 期 間	平成(令和) X 年 4 月 1 日より 平成(令和) X 年 4 月 14 日まで (入院日数 14日間)								
傷病発生日	(病気の場合は医師の判断による発病日) 平成(令和) X 年 4 月 1 日		全 く 就 業 できなかつた 期 間	平成・令和 年 月 日より 平成・令和 年 月 日まで (入・通院を問わず) ( 日間)								
事 故 の 発 生 場 所	(傷害の場合のみ)		(病気・傷害の原因・および状況) ※大型の加入がある場合は記載してください。									
給 付 金 請 求 額	障害 円 小型・子ども入院 42,000 円 大型入院 円 入院(共済) 円 就業不能(保険) 円 合計 円	内 払 回 目	第 1 回 目 最 終 回	備 考								
<p><small>〔個人情報の取り扱いについて-保険契約者(全国理容生活衛生同業組合連合会)および生命保険会社からのお知らせ-〕</small>          保険契約者は、保険金・給付金の請求に伴って、本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報(以下、個人情報)を、本保険の事務手続きのため使用し、保険契約者が保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提出します。また、生命保険会社は受領した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理、③生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社上記目的の範囲内で提供します。引受保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。          (注) 保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。</p>												
<p>(注) 生命保険会社は、上記の個人情報の取り扱いに同意いただけない場合、給付金のお支払いの続きができません。</p> <p style="text-align: center;">〒151-0053</p>												
上記の請求者を代理人と定め給付金(見舞金)の請求ならびに受領を委任致します。 給付金(見舞金)請求を了知しました。 ※この給付金(見舞金)の請求については了知が必要です。 (了知者・・・加入者ご本人) 上記「個人情報の取り扱いについて」の記載内容を承知し同意します。戸籍謄本等記載者からも、当該記載者の個人情報「個人情報の取り扱いについて」と同様に取り扱われることについて同意を取得しました。		加入者 住 所 東京都渋谷区代々木1-36-4 (死亡の場合) (2枚目まで押印ください) 代表受取人 氏 名 全理 花子 (印) TEL XXX(XXX)XXXX										
<p>(注) 当該団体生命共済において、保険会社では、共済金は保険金、加入者は被保険者と読み替えます。</p>												
大型制度加入者で同種の給付を受ける契約がある時は、ご記入ください。	会 社 名	契 約 の 種 類	契 約 金 額									
○ ○ ○ 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	課 長 扱 者								
連 合 会 受 付 日	保 険 会 社 送 付 日											

団体生命

5. 小型制度 特別給付金請求書

連 合 会 用	<b>全理連・災害保障特約付団体生命共済 特別給付金請求書</b>	受付No	
---------	---------------------------------------	------	--

令和 X 年 4 月 30 日

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中

理容生活衛生同業組合  
 請求者  
 理事長

下記のとおり委任をうけましたので関係書類を添付の上、特別給付金の請求をいたします。

特別給付金名称 (給付金の種類1～8に ○をしてください。)	支 払 金 額
1. 結 婚 祝 金	共済金100万円につき、20,000円
2. 誕 生 祝 金	共済金100万円につき、10,000円
3. 弔慰金(子供死亡)	共済金100万円につき、30,000円
④ 入 院 見 舞 金	共済金100万円および200万円は15,000円 300万円以上は100万増す毎に5,000円増
5. 人間ドック補助金	10,000円限度、10,000円未満の場合、実費支給
6. 還暦祝金	<input type="radio"/> 小型 共済金100万円につき、5,000円
	<input type="radio"/> 大型 50,000円
7. 古希祝金	<input type="radio"/> 小型 共済金100万円につき、5,000円
	<input type="radio"/> 大型 加入5年以上10年未満は500,000円、10年以上は、1,000,000円
8. 長寿祝金(小型)	200,000円

組	○ ○ ○	支	○ ○ ○ ○	加入	番号	加入	者名	<b>全理花子</b>				
合	× × ×	部	× × × ×	番号	× × × ×	者名						
加入	大型	昭・平・令	年	月	日	共	万円	請求	15,000 円		昭・平・令	男
日	小型	昭・平	令 X	年	7 月 1 日	済	200 万円	金額			XX 年 5 月 10 日生	女
											( D グループ)	

住 所 (〒 151 - 0053 )  
**東京都渋谷区代々木1-36-4**  
 TEL XX (XXX)XXXX

事由発生日 令和 X 年 4 月 1 日 (～令和 X 年 4 月 14 日まで入院)

個人情報に関する取り扱いについて 全国理容生活衛生同業組合連合会(以下、全理連)は、各種共済金の請求に伴って受領した帳票ならびに添付書類に記載された個人情報を、事務手続きのために使用いたします。また、全理連は各種共済制度の事務手続きの協力を各都道府県理容組合ならびに傘下支部に依頼しているため、請求処理の事務を円滑におこなうことを目的に必要な範囲において個人情報を当該組合・支部に提供する場合があります。	受 取 人 氏 名	上記の請求者を代理人と定め給付金の請求ならびに受領を委任いたします。左記「個人情報に関する取り扱いについて」の記載内容を承知し同意します。  <div style="font-size: 24px; text-align: center;"><b>全理花子</b></div> <div style="text-align: right;"></div>
---	-----------------------	---

必要な文字を○で囲み、太枠部分は必ずご記入下さい。(注) 受取人は加入者となります。ただし加入者死亡の場合は、死亡共済金受取人としてください。

○ ○ ○ 理容生活衛生同業組合	理事長		部		支		扱	
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	者

連合会受付日

6. 大型制度 加入申込書兼告知書

生年月日は正確に記入してください。

令和元年 改訂版	大型	全理連・災害保障特約付団体生命共済 加入申込書兼告知書	連合会用
全国理容生活衛生同業組合連合会 御中			
<p>下記のとおり、全理連・災害保障特約付労働団体保険への加入を申込みいたします。                  下記加入者が、申込日現在、団体または事業所にて正常に勤務または就業しており、加入資格を有していることを証明いたします。                  なお、告知事項の内容は事実と相違ないことを誓約します。</p>			
組合名 〇〇〇	支店名 〇〇	加入者番号 ×××	保険契約者 全国理容生活衛生同業組合連合会
コード Z A × ×	コード × × ×	加入年月日 令和 × 年 4 月 1 日	申込日 令和 × 年 3 月 23 日
		加入者区分 ① 組合員 3. 従業員 4. 組合事務局職員	会社コード
加入者氏名 (カタカナ) ゼンリ ヨウコ (漢字) 全理 容子		性別 男性 <input checked="" type="radio"/> 女性 <input type="radio"/>	生年月日 XX 年 3 月 3 日 (満 XX 歳)
住所 (カタカナ) トウキョウトシバヤクヨヨギ 1-36-4 〒151-0053 東京都渋谷区代々木 1-36-4		店名 ヘアサロン代々木 TEL 03(3379)4111	
共済金(保険金) 1,000万円 + 災害保障特約 500万円		グループ区分 A B C D	月額掛金 万 千 百 十 円 6 5 0 0
共済金(保険金)受取人		保険契約者	

注) ・太枠内を訂正する場合は、押印した加入者ご本人の印鑑での訂正をお願いします。

**加入者の告知事項** (下記の告知事項については、必ず加入者ご本人が、ありのままをもれなく正確にご記入ください。ありのままもれなく告知をされないで共済金(保険金等)が支払われない場合があります。)

現在健康で正常に就業していますか。 <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「いいえ」の場合ご記入ください。 休務期間( 年 月 日より ) 就業制限の内容( )
下記告知事項1.~3. について告知いたします。有の場合は詳細欄のとおり告知いたします。 1. 最近3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導を含みます。)・投薬を受けたことがありますか。 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	告知事項の1.~3. について「有」の場合、必ず以下の詳細欄へ詳しくご記入ください。 【詳細欄】 ①病気やけがの名前・障がい部位 <div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">十二指腸かいよう</div> ②入院期間( 年 月 ~ 年 月 ) ③治療・投薬期間 (RX 年 8 月 ~ RX 年 10 月) ④症状経過(いずれかに○をつけ全治の場合は年月をご記入ください。) (○)全治している(全治年月 RX 年 10 月) ( )現在、治療中 ⑤女性で満16歳以上の方で妊娠中の場合(妊娠第 週)
2. 過去1年以内に病気やけがのため手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。また、病気やけがのため2週間以上(※2)にわたり、医師の治療・投薬(※1)を受けたことがありますか。 (※1)「医師の治療・投薬」とは、医師による診察・検査(妊娠による定期検査を含みます。)-治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。 (※2)「2週間以上」とは、転医・転科を含め初診から終診までの継続加療期間で、医師の管理下にあった期間をいいます。(実際の診療日数ではありません)	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有
3. 手・足の欠損または機能に障がいがありますか、または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有

注) ・加入1年以内の加入者において加入時の疾病が発覚し、その病症が直接の原因で死亡したときは、共済金(保険金)は支払われません。  
 ・共済金(保険金)は、全国理容生活衛生同業組合連合会を経由して、遺族等に支払われます。そのため加入者の遺族がその請求内容を了知していることが必要となります。

最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことを確認してください。  
 告知事項にもれがある場合には、万が一の場合に共済金(保険金等)をお支払いできないことがありますので、十分ご注意ください。 2枚目まで押印  
ください

上記加入者が、申込日現在、正常に就業しており、加入資格を有していることを証明いたします。	〇〇〇 理容生活衛生同業組合
--	----------------

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	扱者	扱者

企保-714 (19.06) 5×10×200 <SP>

## 7. 大型制度 異動通知書

加入者氏名の改姓・訂正の場合、必ず「姓」と「名」を記入してください。

<b>大型</b>	全理連災害保障付団体生命共済 <b>異動通知書</b>	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。																
組合名 コード	〇〇〇 / ×××	支部名 コード	〇〇 ×××	異動発生日 令和 X 年 4 月 1日付	令和 X 年 3 月 10 日	〇〇〇 理容生活衛生同業組合 (印)										
加入者番号 ×××	加入者氏名 (カタカナ) ゼンリ ヨウコ (漢字) 全理 容子	生 年 月 日 (昭和) XX 年 3 月 3 日 (平成)	捺 印 (印)	4枚目まで捺印のこと (2枚目を除く)												
該当する異動事由の番号を○印で囲み、異動内容をご記入ください。																
異動事由 ① 脱退	異 動 内 容 ○大型制度を脱退します。 ・死亡のため、脱退します。(死亡日 _____ 年 ____ 月 ____ 日) ・年令超過のため脱退します。 小型制度への移行 (あり) (なし)	2 生訂年月日正 昭和 _____ 年 ____ 月 ____ 日 平成 _____ 年 ____ 月 ____ 日	昭和 _____ 年 ____ 月 ____ 日 平成 _____ 年 ____ 月 ____ 日	訂正												
3 加改入者・氏名正	(カタカナ) _____ (漢字) _____ を _____ (漢字) _____ に訂正															
4 支部転出	_____ 組合 _____ 支部 _____ 番に転入	連合会記入欄 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
5 その他																
注1. 掛金の銀行引落しは、手続きの関係上、異動通知書提出後、脱退月の翌々月分まで引落しされます。 注2. 加入者(親契約)が脱退した場合は、加入している子供も脱退となります。(こども特約の異動通知書も同時にご提出ください。) 注3. 加入者(親契約)が減額した場合は、加入している子供も加入者(親契約)の加入共済金額の範囲内で減額しなければなりません。																
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										
金保 - 715(19.06)4×10×200(SP)																

8. 大型制度 (死亡・高度障害) 共済金請求書

受取人と了知については、92頁を参照してください。

連合会用 受付No.

全理連災害保障特約付団体生命共済  
(死亡・高度障害) 共済金請求書

令和 X 年 4 月 30 日

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中

下記のとおり委任を受けましたので関係書類を添付の上、共済金の請求をいたします。

理容生活衛生同業組合

請求者

理事長      (印)

組合	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	支部	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	加入番号	<input type="text"/>	加入者氏名	全理太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
制度	当該に チェック	<input checked="" type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 小型 <input type="checkbox"/> こども特約	こども特約 の場合	続柄		親契約者 氏名			加入日	昭・平・令 XX 年 9 月 5 日 生 XX 歳
加入日	大型	昭・平・令 XX 年 10 月 1 日	小型	昭・平・令 年 月 日	こども特約	昭・平・令 年 月 日	加入共済金	10,000,000円也	死亡日	平成 (令和) X 年 4 月 20 日

(注) 災害死亡の場合、小型制度にご加入であれば主契約の共済金と同額の災害共済金が支払われます。大型制度にご加入であれば500万円の災害共済金が支払われます。

《個人情報の取り扱いについて - 保険契約者(全国理容生活衛生同業組合連合会)および生命保険会社からのお知らせ -》  
 保険契約者は、保険金・給付金の請求に伴って、本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報(以下、個人情報)を、本保険の事務手続きのため使用し、保険契約者が保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提出します。また、生命保険会社は受領した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供・ご契約の維持管理、③生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社へ上記目的の範囲内で提供します。引受保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。  
 (注) 保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

(注) 生命保険会社は、上記の個人情報の取り扱いに同意いただけない場合、共済金のお支払いの手続きができません。

本共済金は当連合会より右記の者に支払います。	上記の請求者を代理人と定め共済金の請求ならびに受領を委任いたします。 上記「個人情報の取り扱いについて」の記載内容を承知し同意します。 戸籍謄本等記載者からも、当該記載者の個人情報「個人情報の取り扱いについて」と同様に取り扱われることについて同意を取得しました。 共済金の請求を了知しました。 (注)	受取人住所	〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-36-4 TEL XXX(XX)XXXX
		受取人(了知者)氏名	(自署) 全理花子 (印) 妻
		了知者氏名	(自署) 受取人と了知者が相違する場合 (印)

(注) 了知について ・死亡の場合・・・加入者のご遺族(労働基準法施行規則に定める者)のうち最上位順位者による署名・捺印が必要です。  
 ・高度障害(障害)の場合・・・加入者本人の署名・捺印が必要です。

(注) 当該団体生命共済において、保険会社では、共済金は保険金、加入者は被保険者と読み替えます。

<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 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

連合会受付日  保険会社送付日



10. 大型制度 特別給付金請求書

連 合 会 用 **全理連・災害保障特約付団体生命共済** 特別給付金請求書 受付No.

令和 X 年 4 月 10 日

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中

〇〇〇 理容生活衛生同業組合  
 請求者  
 理事長 〇 〇 〇 〇 (印)

下記のとおり委任をうけましたので関係書類を添付の上、特別給付金の請求をいたします。

特別給付金名称 (給付金の種類1～8に ○をしてください。)	支 払 金 額
1. 結 婚 祝 金	共済金100万円につき、20,000円
2. 誕 生 祝 金	共済金100万円につき、10,000円
3. 弔慰金(子供死亡)	共済金100万円につき、30,000円
4. 入 院 見 舞 金	共済金100万円および200万円は15,000円 300万円以上は100万増す毎に5,000円増
⑤ 人 間 ド ッ ク 補 助 金	10,000円限度、10,000円未満の場合、実費支給
6. 還 暦 祝 金	(小型) 共済金100万円につき、5,000円
	(大型) 50,000円
7. 古 希 祝 金	(小型) 共済金100万円につき、5,000円
	(大型) 加入5年以上10年未満は500,000円、10年以上は、1,000,000円
8. 長 寿 祝 金 (小型)	200,000円

組 〇〇 支 〇〇〇 加入 加入 合 ×× 部 ××× 番号 ××× 全理花子	加入 1,000 請求 日 大型 昭・平・令XX年10月1日 共 万 金 10,000 昭・平・令 日 小型 昭・平・令 年 月 日 万 円 円 XX年3月5日生 ( C グループ) (女)
--	--

住 所 (〒 151 - 0053) 東京都渋谷区代々木1-36-4 TEL XX (XXX) XXXX

事由発生日 令和 X 年 4 月 1 日 (～令和 年 月 日まで入院)

<p>個人情報に関する取り扱いについて                  全国理容生活衛生同業組合連合会(以下、全理連)は、各種共済金の請求に伴って受領した帳票ならびに添付書類に記載された個人情報を、事務手続きのために使用いたします。また、全理連は各種共済制度の事務手続きの協力を各都道府県理容組合ならびに傘下支部に依頼しているため、請求処理の事務を円滑におこなうことを目的に必要な範囲において個人情報を当該組合・支部に提供する場合があります。</p>	<p>受 取 人 氏 名                  全理花子 (印)</p>
--	--

必要な文字を○で囲み、太枠部分は必ずご記入下さい。(注) 受取人は加入者となります。ただし加入者死亡の場合は、死亡共済金受取人としてください。

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	部 長	課 長

連合会受付日

団体生命

11. こども特約 こども特約加入申込書兼告知書

生年月日は正確に記入してください。

令和元年 改訂版	こども特約	全理連・災害保障特約付団体生命共済 こども特約加入申込書兼告知書	連合会用
全国理容生活衛生同業組合連合会 御中			
私は、全理連・災害保障特約付団体生命共済の実施要領を承知のうえ、こども特約の加入申込をいたします。 なお、告知事項の内容は事実と相違ないことを誓約します。			
組合 コード 〇〇〇 Z C X X	支店 コード 〇〇 X X X	加入者 番号 X X X	保険契約者 全国理容生活衛生同業組合連合会
加入者 (親)	加入者氏名 (カタカナ) ゼンリ ジロウ (漢字) 全理 次郎 (昭和/平成) XX年 7月 7日 生	押印欄 	3枚日本人用裏面記載の「保険契約の重要事項のお知らせ」および表紙記載の「告知に関する重要な事項について」の内容を理解・了承しました。 この保険の目的および保障内容等が意向(ニーズ)に合致していることを確認しました。 表紙記載の「個人情報取り扱いについて」の内容について承知し、同意します。 告知事項は下記記載のとおりで事実と相違ありません。
加入共済金 (保険金)	小型 500 万円 大型 万円	(カタカナ) トウキョウトシバヤクヨギ 1-36-4 住所 〒151-0053	店名 ヘアーサロン代々木 TEL 03(3379)4111
加入年月日 令和 X 年 4 月 1 日	申込日 (告知日) 令和 X 年 3 月 23 日	※加入できる共済金(保険金)額は、加入者(親)の共済金(保険金)の範囲内で、子供全員が同額(一律)であること	
区分	新規 (増額)	今回申込共済金(保険金) (全員一律)	共済金(保険金) 受取人
加入者氏名	性別	生年月日	続柄
(カタカナ) ゼンリ カズオ (漢字) 全理 和男	(男性) (女性)	(平成/令和) XX年 5月 1日	① 長女 ② 二男・二女 ③ 三男・三女 ④ 四男・四女
(カタカナ) ゼンリ ハナコ (漢字) 全理 花子	(男性) (女性)	(平成/令和) XX年 8月 10日	① 長男 ② 二男・二女 ③ 三男・三女 ④ 四男・四女
(カタカナ) _____ (漢字) _____	(男性) (女性)	(平成/令和) 年 月 日	1. 長男・長女 2. 二男・二女 3. 三男・三女 4. 四男・四女
注) ・年齢が2歳6ヵ月超、22歳6ヵ月以下の加入者が扶養しているお子様は全員お申込いただくことになります。 ・太枠内を訂正する場合は、押印したご本人の印鑑での訂正をお願いします。 下記の告知事項については、必ず加入者(親)ご本人が、ありのままをもなく正確にご記入ください。ありのままをもなく告知をされない共済金(保険金等)が支払われない場合があります。			
加入者の告知事項 (今回加入申込のこどもについて次の告知事項のいずれかが有に該当のとき、有を○で囲み、該当される方の氏名と内容の詳細を告知欄にご記入ください。)			
告知事項	現在の健康に異常がありませんか。持病はありませんか。	告知事項の1.~3. (1)~(5)の場合、必ず以下の詳細欄へ詳しくご記入ください。【詳細欄】	(無) (有)
告知事項	下記告知事項1.~3.について告知いたします。有の場合は詳細欄のとおり告知いたします。	(1) ①氏名 全理 和男 花子 (続柄: 長女) ②病名やけがの名前・障がい部位 (中耳炎) (年 月 月) (年 月 月) ③入院期間 (年 月 月) (年 月 月) ④治療・投薬期間 (年 月 月) (年 月 月) ⑤症状経過(いずれかに○をつけ全治の場合は年月をご記入ください。) ( ) 全治している (全治年月 年 月) ( ) 現在、治療中 ⑥女性で満16歳以上の方で妊娠中の場合 (妊娠第 週)	(無) (有)
告知事項	1. 最近3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導を含みます)・投薬を受けたことがありますか。	(2) ①氏名 _____ (続柄: _____) ②病名やけがの名前・障がい部位 ( _____ ) (年 月 月) (年 月 月) ③入院期間 (年 月 月) (年 月 月) ④治療・投薬期間 (年 月 月) (年 月 月) ⑤症状経過(いずれかに○をつけ全治の場合は年月をご記入ください。) ( ) 全治している (全治年月 年 月) ( ) 現在、治療中 ⑥女性で満16歳以上の方で妊娠中の場合 (妊娠第 週)	(無) (有)
告知事項	2. 過去1年以内に病名やけがのため手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。また、病名やけがのため2週間以上(※2)にわたり、医師の治療・投薬(※1)を受けたことがありますか。 (※1)「医師の治療・投薬」とは、医師による診察・検査(妊娠による定期検査を含みます)・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。 (※2)「2週間以上」とは、転医・転科を含め初診から終診までの継続治療期間で、医師の管理下であった期間をいいます。(実際の診療日数ではありません。)	(3) ①氏名 _____ (続柄: _____) ②病名やけがの名前・障がい部位 ( _____ ) (年 月 月) (年 月 月) ③入院期間 (年 月 月) (年 月 月) ④治療・投薬期間 (年 月 月) (年 月 月) ⑤症状経過(いずれかに○をつけ全治の場合は年月をご記入ください。) ( ) 全治している (全治年月 年 月) ( ) 現在、治療中 ⑥女性で満16歳以上の方で妊娠中の場合 (妊娠第 週)	(無) (有)
告知事項	3. 手・足の欠損または機能に障がいがありますか。または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。	(4) ①氏名 _____ (続柄: _____) ②病名やけがの名前・障がい部位 ( _____ ) (年 月 月) (年 月 月) ③入院期間 (年 月 月) (年 月 月) ④治療・投薬期間 (年 月 月) (年 月 月) ⑤症状経過(いずれかに○をつけ全治の場合は年月をご記入ください。) ( ) 全治している (全治年月 年 月) ( ) 現在、治療中 ⑥女性で満16歳以上の方で妊娠中の場合 (妊娠第 週)	(無) (有)
注) ・加入1年以内の加入者において加入時の疾病が発覚し、その病症が直接の原因で死亡したときは、共済金(保険金)は支払われません。 ・共済金(保険金)は、全国理容生活衛生同業組合連合会を経由して、遺族等に支払われます。そのため加入者の遺族がその請求内容を了知していることが必要となります。 最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことを確認してください。 告知事項にもれがある場合には、万が一の場合に共済金(保険金等)をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。			
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	部長 課長 扱者
全保-718 (19.06) 5×10×200 <SP>			

5枚複写とさせていただきますので、ボールペンで強く書いてください。

団体生命

## 12. こども特約 異動通知書

新契約者(加入者)氏名欄は、親の氏名を記入してください。

<b>こども特約</b>	<b>全理連災害保障付団体生命共済 異動通知書</b>	<b>連合会用</b>		
下記の通り異動がありましたので通知いたします。				
組合名 ○○○ コード / × ×	支部名 ○○○ コード × × ×	異動発生日 令和 X 年 4 月 1日付	令和 X 年 3 月 10 日	○○○ 理容生活衛生同業組合 (印)
加入者番号 × × ×	親契約者(加入者)氏名 <small>(カタカナ)</small> ゼンリ イチロウ <small>(漢字)</small> 全理 一郎	生 年 月 日 昭和 XX 年 8 月 8 日 平成	捺 印 <small>4枚目まで捺印のこと (2枚目を除く)</small> (印)	
該当する異動事由の番号を○印で囲み、異動内容をご記入ください。				
①	全脱 員退	・子供全員の、こども特約 <u>2</u> 百万円加入を脱退します。		
2	全減 員額	・子供全員の、こども特約 _____ 百万円加入を _____ 百万円加入に減額します。		
3	個脱 別退	子供の名前 <small>(カタカナ)</small> <small>(漢字)</small>	続柄 	年齢超過 死亡 の為、こども特約 _____ 百万円加入を脱退します。 加入資格喪失
4	生訂 年月 日正	子供の名前 <small>(カタカナ)</small> <small>(漢字)</small>	続柄 	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に訂正
5	加改 入姓 者・ 氏訂 名正	続柄 <small>(カタカナ)</small> <small>(漢字)</small>	<small>(カタカナ)</small> <small>(漢字)</small>	_____ を _____ に 改姓 訂正
6	そ の 他			
注1. 加入者(親契約)が脱退した場合は、加入している子供も脱退となります。(当異動通知書も同時にご提出ください。) 注2. 加入者(親契約)が減額した場合は、加入している子供も加入者(親契約)の加入共済金額の範囲内で減額しなければなりません。				
○○○ 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

### 13. こども特約（死亡・高度障害）共済金兼特別給付金（弔慰金）請求書

受取人と了知については、92頁を参照してください。

連 合 会 用	受付No. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>									
<p><b>全理連災害保障特約付団体生命共済 (死亡・高度障害) 共済金請求書</b></p> <p style="text-align: right;">令和 X 年 3 月 10 日</p> <p>全国理容生活衛生同業組合連合会 御中</p> <p>下記のとおり委任を受けましたので関係書類を添付の上、共済金の請求をいたします。</p> <p style="text-align: right;">請求者 <span style="margin-left: 20px;">〇 〇 〇</span> 理容生活衛生同業組合 理事長 <span style="margin-left: 20px;">〇 〇 〇 〇 〇</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 2px;">印</span></p>										
組合	〇〇〇	支 部	〇〇	加入番号		加入者氏名	<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">全理一男</p> <p style="margin: 0;">昭(平)令 XX 年 8 月 1 日生 XX 歳</p>		男・女	
制度	<input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 小型 <input checked="" type="checkbox"/> こども特約	<input type="checkbox"/> チェックに <input type="checkbox"/> 該当に	こども特約の場合 続 柄	父	親契約者氏名 全理太郎	加入日 大型 昭・平・令 年 月 1日 小型 昭・平・令 年 月 1日 こども特約 昭(平)令 XX 年 3 月 1日	加入共済金 2,000,000円也	死亡日 平成(令和) X 年 3 月 2 日	<small>(注)災害死亡の場合、小型制度にご加入であれば主契約の共済金と同額の災害共済金が支払われます。大型制度にご加入であれば500万円の災害共済金が支払われます。</small>	
<p><b>《個人情報の取り扱いについて - 保険契約者(全国理容生活衛生同業組合連合会)および生命保険会社からのお知らせ -》</b>          保険契約者は、保険金・給付金の請求に伴って、本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報(以下、個人情報)を、本保険の事務手続きのため使用し、保険契約者が保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提出します。また、生命保険会社は受領した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供・ご契約の維持管理、③生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。引受保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。  <small>(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。</small></p>										
<p>(注)生命保険会社は、上記の個人情報の取り扱いに同意いただけない場合、共済金のお支払いの手続きができません。</p>										
本共済金は当連合会より右記の者に支払います。	上記の請求者を代理人と定め共済金の請求ならびに受領を委任いたします。 上記「個人情報の取り扱いについて」の記載内容を承知し同意します。 戸籍謄本等記載者からも、当該記載者の個人情報「個人情報の取り扱いについて」と同様に取り扱われることについて同意を取得しました。 共済金の請求を了知しました。 <small>(注)</small>	受取人住所 〒 151-0053 東京都渋谷区代々木1-36-4 TEL XXX(X) XXXXX	(自署) 加入者との続柄 全理太郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 2px;">印</span> 父	(自署) 受取人と了知者が相違する場合 加入者との続柄						
<p>(注)了知について ・死亡の場合・・・加入者のご遺族(労働基準法施行規則に定める者)のうち最上位順位者による署名・捺印が必要です。          ・高度障害(障害)の場合・・・加入者本人の署名・捺印が必要です。</p>										
<p>(注)当該団体生命共済において、保険会社では、共済金は保険金、加入者は被保険者と読み替えます。</p>										
〇〇〇 理容生活衛生同業組合	理事長	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 5px;">印</span>	部長	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 5px;">印</span>	支部長	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 5px;">印</span>	扱者	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 5px;">印</span>		
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				
連 合 会 受 付 日	保 険 会 社 送 付 日									





## 16. 入院状況報告書(自己申告用)

簡易請求される場合に必要書類です。

# 記入見本

当報告書は病院(医師)の証明  
書としては使用できません。

<全理連・団体生命共済制度 小型制度・こども特約>

### 入院状況報告書(自己申告用)

受傷者または請求者のご署名が必要です。  
 ※未成年者の場合は、親権者または  
後見人がご記入ください。

20XX年 3月 15日

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中  
 ジブラルタ生命保険株式会社 御中

受傷者  
または  
請求者

(自署) **品川 太郎**

※未成年者の場合は、親権者または後見人がご記入ください。

	受傷者の氏名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">上記と同一</span>	性別 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">男</span>	受傷者の生年月日 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">(昭和) (平成) (令和)</span> XX年 4月 1日
	入院の原因となった傷病名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">上記と相違</span> → 氏名 _____		
	傷病名 <b>右足関節両果骨折</b>		受傷年月日 <b>20XX年 2月 1日</b>
	上記受傷の原因 <b>転倒</b>		20XX年 2月 1日
	初診 20XX年 2月 1日 ~ 20XX年 3月 5日 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">終診</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">現在加療中</span>		
入院期間	第1回目 20XX年 2月 1日 ~ 20XX年 2月 25日 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">退院</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">入院中</span> 第2回目 20XX年 2月 26日 ~ 20XX年 3月 5日 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">退院</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">入院中</span>		
第1回目入院	港南品川 高輪総合 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">病院</span> <b>整形外科</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">医院</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">診療所</span> 電話 03 (1234) 5678		
第2回目入院	田町 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">病院</span> <b>整形外科</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">医院</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">診療所</span> 電話 03 (9876) 5432		

訂正する場合は、訂正箇所を二重  
線で抹消し、受傷者または請求者  
本人のお名前(サイン)をご記入  
のうえ、正しく書き直してくだ  
さい。

請求書・領収証の入院期間(請求期間)と一致していることをご確認願います。

第2回目の入院先が第1回目と同一の場合は、「同一」を選択、相違する場合は「相違」を選択いただき、名称等をご記入ください。

**ご注意** : この報告書は次の全ての条件を満たすときに、所定の「診断書」に代えてご使用できます。

1. 加入日(増額日)から**1年経過後**に入院を開始していること。
2. 医療法に規定されている病院または診療所への入院であること。  
(柔道整復師法に定める施術所への入所には使用できません。)
3. 氏名、入院期間(請求期間)が明記された病院または診療所発行の入院費用(診療費)の**請求書(コピー)または領収証(コピー)**を添付いただいていること。
4. その他、会社が定める所定の要件を満たしていること。

\* ご提出いただいた書類の内容が、お申し出の内容と異なっている場合などには、所定の「診断書」の提出をご依頼することもございますのでご了承ください。

\* ご提出いただいた書類で入院内容がわかりかねますときは、診療を受けられた上記の病院または診療所に内容をお伺いすることもございますのでご了承ください。

企保-B-180(2021.05)



18. 診断書

病院または診療所の医師に記入していただいでください。

22129015		入院・手術証明書（診断書）	
1. 氏名	フリガナ	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
2. 傷病名	(ア)入院・手術の原因となった診断確定傷病名 (イ)アの原因 (ウ)入院中に治療を行った合併症	カルテ番号( )	傷病発生年月日(受傷・発病年月日) 20 年 月 日 20 年 月 日 20 年 月 日
3. 治療期間	貴院における初診	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	終診 <input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/>
4. 入院期間	第1回入院 第2回入院 第3回以降 分娩を伴う入院 介護保険入院	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 分娩日 20 年 月 日 介護保険入院 介護保険適用の入院期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	※日帰り入院(入院日数が同一の入院で、かつ、入院基本料が算定されている入院)の場合には、入院日を記入し、「日帰り入院」に○印をつけてください。 ※複数の傷病を原因として入院された場合、または、入院中に他の傷病が発生した場合は、各傷病の入院期間をご記入ください。 (傷病名) 入院期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (傷病名) 入院期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 3回目以降の入院があれば、【傷病名】【入院期間】をご記入ください。【「日帰り入院」「退院」「現在入院中」】のご記入もお願いいたします
5. 前医又は紹介医	無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/>	医療機関名	医師名
6. 既往症	無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/>	傷病名・医療機関名	治療期間または患患時期
7. 手術	ドレナージ等の処置も記入してください。 医師診療報酬点数表上の手術料の算定がない手術も全て記入してください。手術料の算定がない手術についてはフランクで結構です。	手術名または処置名	手術日(処置日) 20 年 月 日 20 年 月 日 20 年 月 日
8. 放射線・温熱療法	療法名	照射部位	総線量
9. 新生物	最終病理診断名	診断確定日	診断方法
10. 急性心筋梗塞	急性心筋梗塞について初めて診療を受けた日から60日経過時点で労働の制限を引き続き必要としますか (ここでいう労働の制限とは、軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。)	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
11. 脳卒中	脳卒中について初めて診療を受けた日から60日経過時点で、他覚的な神経学的後遺症が継続していますか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
12. 先進医療	治療の種類	治療の期間	先進医療技術料
13. 通院	通院年月	※上記2項ア・イの傷病の治療を目的とした通院治療日(往診含む)に○印をつけてください。	各月合計
14. 請求可能	現在、本人には保険金等を請求し、受け取る行為の意味を理解できないと思われる場合は、右にチェックしてください。		<input type="checkbox"/> できない

白抜きの箇所に記入・押印、該当項目にはチェックまたは○印をつけてください。

団体生命



## 20. 人間ドック受診確認書(除、検診車)

受診した医療機関に記入していただいでください。

<b><u>人間ドック受診確認書(除、検診車)</u></b>	
住 所	_____
氏 名	_____
〔検査内容〕	
血液一般検査	生化学的検査
胸部・胃部X線撮影	血圧測定
心電図	眼底撮影
肺機能検査(呼吸機能検査)	尿検査
上記、全項目の検診を受診したことを確認する。	
令和 年 月 日	
(住 所)	
(病 院 名)	
(医 師 名)	㊟

## 21. 入院証明書

病院または診療所等の医師に記入していただいでください。

<b><u>入 院 証 明 書</u></b>	
住 所	_____
氏 名	_____
<b>病 名</b>	
上記疾患にて、令和 年 月 日より、令和 年 月 日まで	
入院加療したことを証明する。	
令和 年 月 日	(住 所)
	(病 院 名)
	(医 師 名)
	㊟