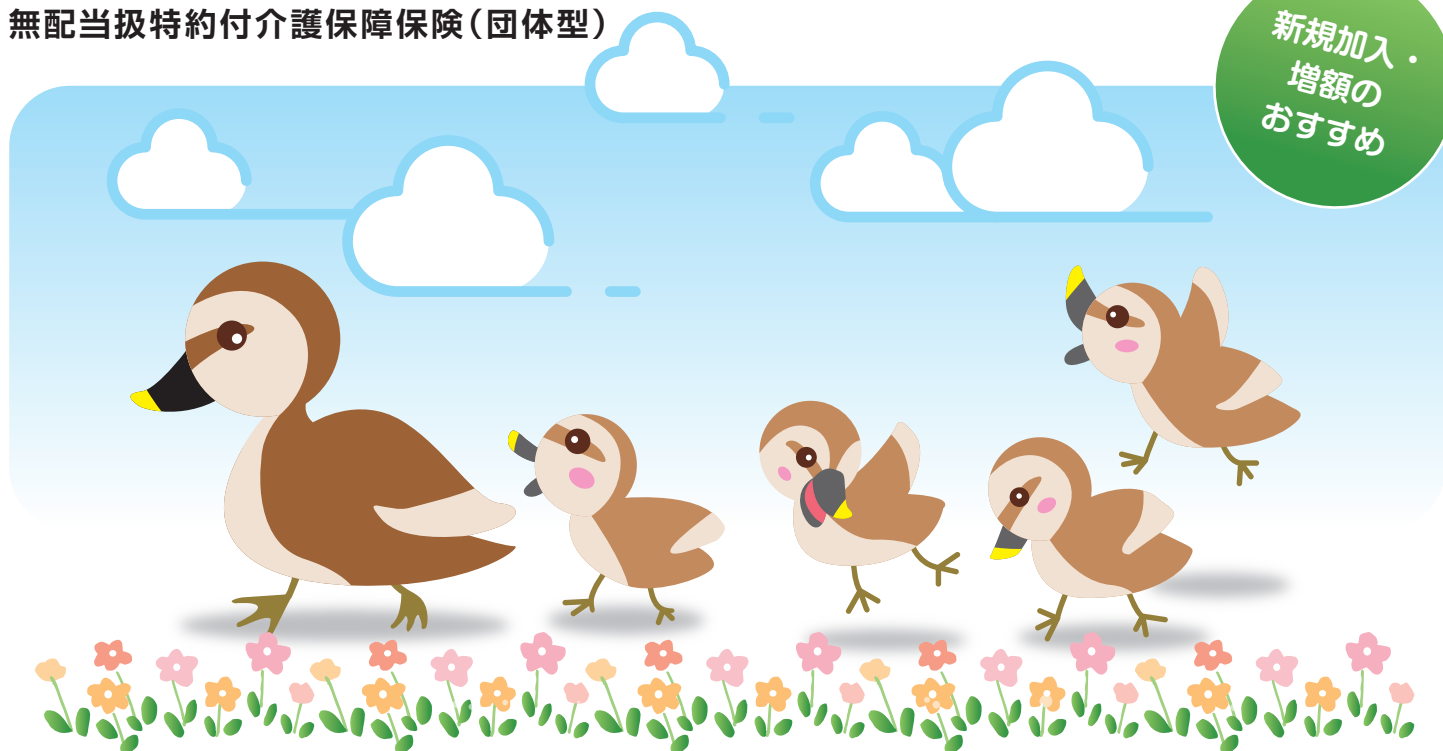


◆所定の要介護状態に備える保障

医歯協 かるがも介護保険

無配当扱特約付介護保障保険(団体型)

新規加入・
増額の
おすすめ



ご加入に関する注意事項

ご家族(配偶者・本人の親・配偶者の親)がこの保険に加入いただく場合には、本人(医歯協組合員・賛助会員)に加入いただく必要があります。



ご注意

当パンフレットには東京医師歯科医師協同組合と保険会社からお知らせする「契約概要」・「注意喚起情報」等の重要事項が含まれております。

「正しく告知いただくために」とあわせてお申込み前に必ずお読みください。

なお、ご加入者(被保険者)は、当パンフレットをお読みいただいた後も大切に保管してください。

保険加入に際しましては、ライフプランや公的保険制度等もふまえ、ご自身の抱えるリスクやそれに応じた保障の必要性をご理解いただきご検討ください。

金融庁の公的保険ポータルはこちら



意向確認書

ご自身のニーズ(ご意向)に合致した商品内容であるか、お申込み前に必ずご確認ください。

この保険は、以下のニーズをお持ちの方に適した保険期間1年の商品です。原則として、加入資格を満たすかぎり、更新により一定期間継続して加入いただくことができます。

◆所定の要介護状態に備える保障

当パンフレット(「契約概要」・「注意喚起情報」を含みます。)により、この商品がご自身のニーズに合致しているかご確認ください。

チェック欄



- ☐ 保障内容はニーズに合致していますか。
- ☐ ご自身が選択された保障額・掛金、および、その他の商品内容はニーズに合致していますか。

「若年会員福利厚生制度」について

医歯協かるがも介護保険には、満55歳以下の会員に補助金制度があります。詳細は組合保険部へお問合せください。(TEL:0120-008-149)

医歯協 かるがも介護保険の特徴

Point 1

団体保険ならではのお手頃な保険料で介護にかかる費用を準備できます！

Point 2

本人がご加入の場合、配偶者・本人の親・配偶者の親も介護にかかる費用に備えることができます！

Point 3

お手続きは簡単
医師の診査ではなく、健康状態等の告知によるお申込みですので、加入手続きは簡単です。

Point 4

本人が、被保険者となられる本人の親・配偶者の親を代理して、申込みいただくことができます。
※ただし、この場合、本人の親・配偶者の親に当パンフレットの記載内容をご説明のうえ、保障内容が意向に合致していることを確認いただくとともに、個人情報の取扱いについてもご説明ください。

申込締切日
と
効力発生日

●申込締切日：2025年7月25日(金)

●効力発生日：2025年11月1日

※当保険制度は毎月募集をしておりますので、上記効力発生日以降でも加入(増額)可能です。

■2025年11月以降に申込みされる場合のお取扱い
【毎月募集】

●申込締切日：毎月5日【組合保険部 着】
(新規加入・増額のみ)

●効力発生日：申込締切日の翌月1日
(掛金の口座振替は、効力発生日の前月末日となります。)

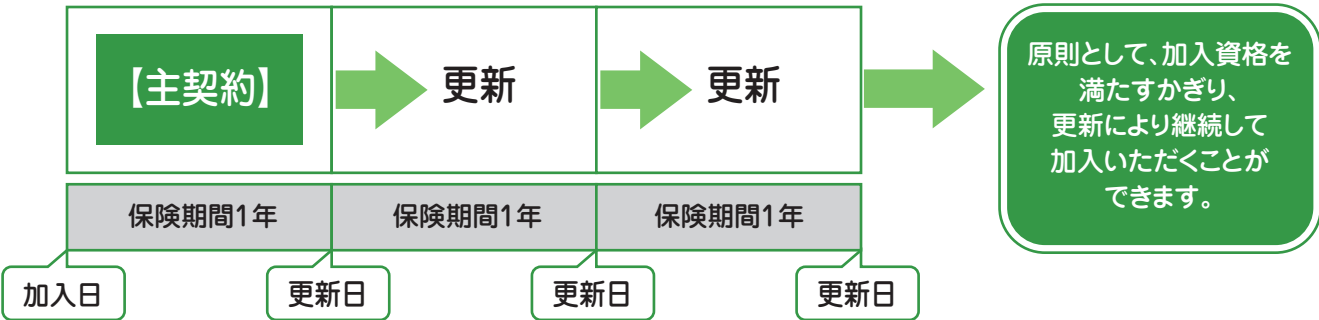
この「契約概要」は、ご加入の内容等に関する重要な事項のうち、特に確認いただきたい事項を記載しております。お申込み前に必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえ、お申込みください。

また、「契約概要」に記載の保障内容等は、概要を示しています。その他詳細につきましては、「注意喚起情報」等、当パンフレットの該当箇所、ならびに「正しく告知いただくために」をご参照ください。

この保険の特徴

- この保険は、団体を契約者とし、その所属員等のうち希望される方に加入いただく団体保険です。
- 保険期間1年の定期保険で、原則として、加入資格を満たすかぎり、更新により継続して加入いただくことができます。
- ご加入者(被保険者)の所定の要介護状態に対する保障を確保できます。
- 掛金は毎年算出し、更新日から適用します。
- 受取人の希望により、介護保険金を一時金として受取るだけでなく、年金として受取ることを選択いただくことができます。詳しくは13ページの「介護保険金の年金受取り」の項目をご確認ください。

しくみ図(イメージ)



保険期間

- 保険期間は効力発生日～2026年10月31日までです。
- 以降は毎年11月1日を更新日とし、保険期間1年で更新します。

主な保障内容

〔主契約〕

- 被保険者が保険期間中に次のお支払事由に該当された場合、保険金をお支払いします。

	お支払事由	お支払額
介護保険金	次の(1)(2)のいずれかに該当したとき (1)加入日(*)以後の傷害または疾病を原因として、公的介護保険制度に定める要介護2以上に該当していると認定されたとき (2)加入日(*)以後の傷害または疾病を原因として、所定の要介護状態に該当し、該当した日からその日を含めて180日以上継続したとき	介護保険金額

(*)その被保険者についてこの保険契約上の責任が開始した日をいい、増額部分については「加入日」を「増額日」と読替えます。

参照

保障内容に関する詳細や制限事項については、「注意喚起情報」の「保険金をお支払いしない主な場合」(7ページ)、「制度の詳細とその他取扱い」(9～13ページ)を必ずご確認ください。

保 障 額 と 掛 金

(単位:円)

対 象		本人のみ	本人・配偶者				本人の親・配偶者の親				
介護保険金		2,000万円	1,000万円	800万円	300万円	100万円	1,000万円	800万円	300万円	100万円	
月払掛金(概算)	本人のみ補助金制度あり	22歳～35歳(H1.11.2生～H15.11.1生)	1,280	640	512	192	64	490	392	147	49
		36歳～40歳(S59.11.2生～H1.11.1生)	1,340	670	536	201	67	520	416	156	52
		41歳～45歳(S54.11.2生～S59.11.1生)	1,420	710	568	213	71	560	448	168	56
		46歳～50歳(S49.11.2生～S54.11.1生)	1,620	810	648	243	81	660	528	198	66
		51歳～55歳(S44.11.2生～S49.11.1生)	2,080	1,040	832	312	104	890	712	267	89
		56歳～60歳(S39.11.2生～S44.11.1生)	3,020	1,510	1,208	453	151	1,360	1,088	408	136
		61歳～65歳(S34.11.2生～S39.11.1生)	5,160	2,580	2,064	774	258	2,430	1,944	729	243
		66歳～70歳(S29.11.2生～S34.11.1生)	9,980	4,990	3,992	1,497	499	4,840	3,872	1,452	484
		71歳(S28.11.2生～S29.11.1生)		7,670	6,136	2,301	767	7,520	6,016	2,256	752
		72歳(S27.11.2生～S28.11.1生)		8,910	7,128	2,673	891	8,760	7,008	2,628	876
		73歳(S26.11.2生～S27.11.1生)		10,360	8,288	3,108	1,036	10,210	8,168	3,063	1,021
		74歳(S25.11.2生～S26.11.1生)		12,120	9,696	3,636	1,212	11,970	9,576	3,591	1,197
		75歳(S24.11.2生～S25.11.1生)		14,190	11,352	4,257	1,419	14,040	11,232	4,212	1,404
		76歳(S23.11.2生～S24.11.1生)		16,570	13,256	4,971	1,657	16,420	13,136	4,926	1,642
		77歳(S22.11.2生～S23.11.1生)		19,400	15,520	5,820	1,940	19,250	15,400	5,775	1,925
	78歳(S21.11.2生～S22.11.1生)	22,950		18,360	6,885	2,295	22,800	18,240	6,840	2,280	
	79歳(S20.11.2生～S21.11.1生)	26,920		21,536	8,076	2,692	26,770	21,416	8,031	2,677	
	80歳(S19.11.2生～S20.11.1生)	31,370		25,096	9,411	3,137	31,220	24,976	9,366	3,122	
	81歳(S18.11.2生～S19.11.1生)	36,460		29,168	10,938	3,646	36,310	29,048	10,893	3,631	
	82歳(S17.11.2生～S18.11.1生)	42,200		33,760	12,660	4,220	42,050	33,640	12,615	4,205	
	83歳(S16.11.2生～S17.11.1生)	48,530		38,824	14,559	4,853	48,380	38,704	14,514	4,838	
	84歳(S15.11.2生～S16.11.1生)	55,330		44,264	16,599	5,533	55,180	44,144	16,554	5,518	
	85歳(S14.11.2生～S15.11.1生)	94,910		75,928	28,473	9,491	94,760	75,808	28,428	9,476	
	継続加入のみ	86歳(S13.11.2生～S14.11.1生)	112,990	90,392	33,897	11,299	112,840	90,272	33,852	11,284	
		87歳(S12.11.2生～S13.11.1生)	112,990	90,392	33,897	11,299	112,840	90,272	33,852	11,284	
		88歳(S11.11.2生～S12.11.1生)	120,010	96,008	36,003	12,001	119,860	95,888	35,958	11,986	
		89歳(S10.11.2生～S11.11.1生)	127,770	102,216	38,331	12,777	127,620	102,096	38,286	12,762	
		90歳(S9.11.2生～S10.11.1生)	135,850	108,680	40,755	13,585	135,700	108,560	40,710	13,570	

- 当パンフレットにおける年齢は満年齢で記載しております。

※「満年齢」は、契約日時点で被保険者の年齢を満年齢で計算し、1年未満の端数は切捨てます。

- 掛金は毎月、組合員・賛助会員個人名義の口座から「預金口座振替依頼書」に基づき、自動的に振替えます。法人名義の口座は振替口座には指定いただけません。(掛金の口座振替は、効力発生日の前月末日となります。)万一、口座から振替えができない場合は、翌月の振替日に再度請求、併徴させていただきます。

※預金残高が掛金の2カ月に満たないときは1カ月分の掛金を振替えます。2カ月続けて振替えできなかった場合はご契約が失効となりますのでご注意ください。

- 左記は概算掛金です。正規掛金は申込締切後に算出し、契約日から適用します。毎月募集の際に加入(*)される場合は、掛金が確定している可能性があります。

掛金は契約日時点の満年齢でご確認のうえ、詳細は、組合保険部までご照会ください。

なお、払込みいただいた掛金と正規掛金に差異が生じた場合は精算させていただきます。

掛金は、毎年更新日に再計算し適用します。年齢が上がり、次の年齢群団へ移る方が同額の介護保険金額で更新された場合、通常、更新後の掛金は更新前より高くなります。

(*)保障額を増額する場合、増額部分については、「加入」を「増額」と読替えます。

- 以下の金額が「制度運営費」として本人・配偶者の掛金に含まれております。

介護保険金額100万円あたり15円

【申込保険金額に関するご注意】

契約日(2025年11月1日)現在の年齢が満70歳超となられる方は保険金額1,000万円が上限となります。また、ご加入後更新時に年齢が満70歳超となられた方は、「申込書兼告知書」のご提出がない場合でも次の更新時に自動的に1,000万円に減額して更新されます。なお、1,000万円以下の保険金額に減額を希望される方は、「申込書兼告知書」をご提出ください。

【特に確認いただきたいこと】

当契約は、性別・年齢によらず全員一律に平均値を設定する「平均保険料率」をあらかじめ定められた年齢群団ごとに適用し、組合せた保険料率を適用しております。

正規保険料は、実際にこの契約に申込みいただいた加入者の性別・年齢・介護保険金額によって変動します。

左記概算保険料(*)は、平均保険金額と本人の加入率は2025年4月時点での幹事交代前の太陽生命保険株式会社引受契約における実績値、親の加入率を「2025年4月時点での実績値から団体所属員(本人)の5%程度増加したもの」と仮定して算出しておりますが、この仮定よりも本人の平均保険金額が低くなった場合や親の加入率が高くなった場合など、正規保険料は大幅に高くなる場合がありますのでご注意ください。

＜正規保険料が大幅に高くなる具体例＞

仮に、上記の想定から本人の平均保険金額が50万円、加入される親の人数が加入される本人の人数の2倍程度に増加した場合、正規保険料は上記概算保険料(*)から介護保険金100万円あたり約350円高くなります。(左記金額は70歳の場合であり、年齢により異なることがあります。)

*親の加入率を加味した保険料は、団体所属員(本人)それぞれの年齢に対して「+30歳」として作成した人員分布のうち、70歳～85歳となる方に限定した人員分布を基に算出しています。

加入資格

以下の加入資格の他、「申込書兼告知書」に記載の内容を十分で確認のうえ、お申込みください。
以下の年齢は効力発生日現在の年齢です。

本人	東京医師歯科医師協同組合の組合員・賛助会員の方で 新規加入・増額は、年齢満22歳以上満85歳以下の方。 継続加入は、年齢満90歳以下の方。
配偶者	東京医師歯科医師協同組合の組合員・賛助会員の同一戸籍の配偶者の方で 新規加入・増額は、年齢満22歳以上満85歳以下の方。 継続加入は、年齢満90歳以下の方。
本人の親	東京医師歯科医師協同組合の組合員・賛助会員の戸籍上の親となる方で 新規加入・増額は、年齢満85歳以下の方。 継続加入は、年齢満90歳以下の方。
配偶者の親	東京医師歯科医師協同組合の組合員・賛助会員の配偶者の戸籍上の親となる方で 新規加入・増額は、年齢満85歳以下の方。 継続加入は、年齢満90歳以下の方。

※当パンフレットに記載している「本人」とは医歯協組員・賛助会員、「配偶者」とは医歯協組員・賛助会員の配偶者を示します。
※本人の親・配偶者の親はそれぞれ最大2名まで加入いただくことができます。

【親の代理申込みについて】

- ・本人が、被保険者となられる本人の親・配偶者の親を代理して、申込みいただくことができます。
ただし、この場合、本人の親・配偶者の親に当パンフレットの記載内容をご説明のうえ、保障内容が意向に合致していることを確認いただくとともに、個人情報の取扱いについてもご説明ください。
そのうえで、本人の親・配偶者の親に当保険の被保険者となること、当パンフレットの記載内容および個人情報の取扱いについての了承・同意を取得し、代理して申込みを行うことの了承をいただいでください。



ご注意

- (1)ご加入後に病気になられても、原則として、加入資格を満たすかぎり同額またはそれ以下の保障額で継続加入できます。
- (2)本人としての加入資格を有する配偶者・本人の親・配偶者の親は、本人としてご加入ください。
(同一人が本人、配偶者・本人の親・配偶者の親の二つの資格で二重に加入することはできません。)
- (3)本人が加入されていない場合は、配偶者・本人の親・配偶者の親は加入することができません。
- (4)保険期間中に配偶者・本人の親・配偶者の親が上記加入資格を満たさなくなった場合は、その配偶者・本人の親・配偶者の親について脱退手続きが必要となります。
- (5)本人が東京医師歯科医師協同組合の組合員・賛助会員資格を失われた場合には、年齢によらずこの保険契約からの脱退手続きが必要です。なお、配偶者・本人の親・配偶者の親も自動的に脱退となります。

加入通知書の発行

ご加入後、本人宛に「加入通知書」を発行しますので、加入内容等をご確認ください。
なお、本人の親・配偶者の親が加入される場合は、別途それぞれの親宛、申込時に連絡いただいた住所に「加入通知書」を送付しますので、確認いただいでください。

配当金

この保険契約には、払込みいただいた掛金に対する配当金はありません。
※介護保険金を年金として受取ることを選択いただいた場合の年金基金に対する配当金については、13ページの「介護保険金の年金受取り」の項目をご確認ください。

脱退による払戻金

この保険契約には、被保険者が脱退された場合の払戻金はありません。

制度運営および引受保険会社

当制度は東京医師歯科医師協同組合が生命保険会社と契約時点の約款に基づき締結した年金払特約付無配当扱特約付介護保障保険(団体型)契約に基づいて運営します。

引受保険会社 日本生命保険相互会社

受取人

●本人・配偶者・本人の親・配偶者の親の介護保険金の受取人は被保険者ご自身です。

指定代理請求人によるご請求

- 介護保険金の受取人(被保険者)が介護保険金をご請求できないときに、あらかじめ指定した指定代理請求人が団体を經由してご請求できます。
- 被保険者はあらかじめ指定代理請求人をご指定ください。
- 指定代理請求の内容は、次のとおりです。

代理請求 できる場合	受取人が介護保険金をご請求できない次の事情があるとき、代理請求できます。 ・介護保険金のご請求の意思表示が困難であると引受保険会社が認めた場合 ・その他介護保険金をご請求できない特別な事情があると引受保険会社が認めた場合	
指定代理 請求人の 範囲	被保険者	指定代理請求人
	本人	以下の範囲内で1名を指定代理請求人にご指定ください。 ①被保険者と次の関係にある人 (ア)戸籍上の配偶者 (イ)直系血族 (ウ)兄弟姉妹 (エ)同居または生計を一にしている被保険者の3親等内の親族 ②上記のほか、被保険者と次の関係にある人で、当社が認めた人 (オ)同居または生計を一にしている人 (カ)財産管理を行っている人 (キ)上記(オ)または(カ)と同等の関係にある人
	配偶者	本人
	本人の親	本人
	配偶者の親	配偶者
代理請求 できる保険金	・介護保険金 *年金払特約の年金を含む	

- 指定代理請求人の範囲については、介護保険金のご請求時においても、この範囲内であることを要します。
- 被保険者は、上記指定代理請求人の範囲内で、指定代理請求人を変更できます。
- 被保険者は、お支払事由および代理請求できる旨を指定代理請求人にお伝えください。
- 指定代理請求人として介護保険金をご請求できない場合があります。故意に介護保険金の支払事由を生じさせた方、または故意に介護保険金の受取人をご請求できない状態にした方は、指定代理請求人として介護保険金をご請求できません。
- 介護保険金を指定代理請求人にお支払いした場合、その後、重複してその介護保険金をご請求されてもお支払いできません。

「ご相談窓口・指定紛争解決機関」につきましては、裏表紙をご確認ください。

この「注意喚起情報」は、ご加入(*)のお申込みに際して特に注意いただきたい事項を記載しております。お申込み前に必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえ、お申込みください。

また、お支払事由等および制限事項の詳細やご契約の内容に関する事項その他詳細につきましては、「契約概要」等、当パンフレットの該当箇所、ならびに「正しく告知いただくために」をご参照ください。

なお、保険金をお支払いする場合、お支払いしない場合の詳細は、「制度の詳細とその他取扱い」に記載しておりますのでご確認ください。

(*)保険金額を増額する場合、増額部分については、「ご加入」を「増額」、「加入日」を「増額日」と読替えます。

クーリング・オフ

この保険契約は、団体を契約者とする保険契約であり、ご加入(*)のお申込みににはクーリング・オフの適用はありません。

告知に関する重要事項

告知の義務

- 健康状態等について、被保険者となられる方で本人が事実のありのままを、正確にもれなく告知してください。(これを告知義務といいます。)傷病歴等があった場合でも、すべてのご加入(*)のお申込みをお断りするものではありません。
- 引受保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者等)、団体事務担当者等に口頭でお伝えまたは資料提示されただけでは告知いただいたことになりません。必ず指定された書面(「申込書兼告知書」等)にて告知してください。

親の代理告知

- 本人が、被保険者となられる本人の親・配偶者の親を代理して、告知いただくことができます。この場合、本人の親・配偶者の親に代理して告知することの了承をいただき、健康状態等の質問事項をすべて説明いただいたうえで、代理告知してください。

正しく告知いただけない場合の取扱い

- 告知義務に違反された場合は、ご加入(*)を解除させていただき、介護保険金をお支払いできないことがあります。

告知内容等の確認

- 後日、介護保険金をご請求の際に、告知内容等を確認させていただきます。

※告知に関しては、「正しく告知いただくために」にて必ず詳細をご確認ください。

責任開始期

- 引受保険会社にご加入(*)を承諾した場合、2025年11月1日(加入日(*))から保険契約上の責任を負います。ただし、被保険者の数が引受保険会社の定める数に満たない場合は、保険契約の効力は発生しません。
- 当保険制度は毎月募集をしておりますので、上記加入日(*)以外でも加入(*)可能です。
- 毎月募集時に加入(*)される場合は、毎月5日までに組合保険部へ「申込書兼告知書」をご提出ください。なお、引受保険会社が「申込書兼告知書」を受理した場合、加入日(*)は、その翌月1日となります。
- 引受保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者等)には、ご加入(*)を承諾する権限がありません。

保険金をお支払いしない主な場合

- 次のような場合、介護保険金をお支払いしないことがあります。

○次のいずれかによる場合

- ・保険契約者、被保険者の故意または重大な過失によるとき
- ・被保険者の犯罪行為によるとき
- ・被保険者の薬物依存によるとき
- ・戦争その他の変乱によるとき

○告知義務違反による解除の場合

○詐欺による取消の場合

○不法取得目的による無効の場合

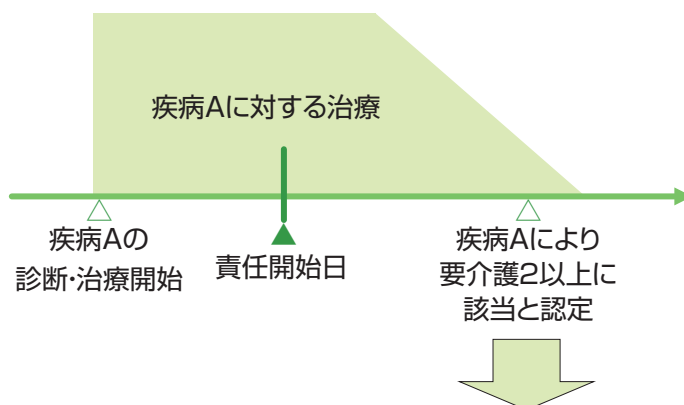
○保険契約が失効した場合

○重大事由による解除の場合

- 要介護状態の原因となる傷病等が加入(増額)日前に生じている場合、お支払いの対象となりません。(原因となる傷病等が加入(増額)日前に生じていた場合は、その傷病等を告知いただいた場合でも、お支払いの対象となりません。)

〈支払事由に該当しない場合の具体例〉

責任開始日より前に疾病Aに対する治療を受けていた場合



所定の要介護状態の原因となる疾病等が、責任開始日より前に生じている場合は、介護保険金をお支払いできません。

介護保険金をお支払いする場合、お支払いしない場合の詳細は、「制度の詳細とその他取扱い」(9～11ページ)に記載しておりますのでご確認ください。

この保険契約から 脱退いただく場合

- 本人が組合脱退その他の理由により加入資格を失われた場合には、本人は保険期間の途中でであってもその日にこの保険契約から脱退となります。
- 更新日時点で継続加入年齢を超える方は、更新日の前月末日で脱退となります。また、保険期間の途中で継続加入年齢を超える方は、次の更新日の前月末日で脱退となります。
- 配偶者・本人の親・配偶者の親が加入されている場合、次の①または②に定める日にこの保険契約から脱退となります。
 - ①本人が脱退・死亡された場合は、本人の脱退日・死亡日、本人についての介護保険金支払われた場合は、本人が介護保険金の支払事由に該当した日
 - ②配偶者・本人の親・配偶者の親が加入資格を失われた場合は、その日また、配偶者の親は、配偶者が加入資格を失われた場合も、その日にこの保険契約から脱退となります。
- この保険契約の保障終了日は、脱退となった日の属する掛金が払込まれた月の末日です。（例えば、3月24日に脱退された場合、3月分掛金を払込みいただき、3月31日が保障終了日となります。）

制度内容の変更

- 東京医師歯科医師協同組合の福利厚生制度の変更等により、制度内容が変更される場合があります。また、これに伴い、保険料率や付加特約、給付内容、加入資格等が変更される場合があります。

法令等の改正に伴う変更

- この保険契約のお支払事由、その他この保険契約の内容（以下、「お支払事由等」といいます。）にかかわる法令等の改正による公的介護保険制度等の改正があり、その改正がこの保険契約のお支払事由等に影響を及ぼすと引受保険会社が認めた場合には、主務官庁の認可を得て、この保険契約のお支払事由等を変更することがあります。

生命保険契約者保護機構

- 引受保険会社は、生命保険契約者保護機構に加入しています。引受保険会社の業務もしくは財産の状況の変化により、保険金額等が削減されることがあります。なお、生命保険契約者保護機構の会員である生命保険会社が経営破綻に陥った場合には、生命保険契約者保護機構により、保険契約者の保護の措置が図られることとなります。ただし、この場合にも、保険金額等が削減されることがあります。
- 保険契約者保護の措置の詳細については、生命保険契約者保護機構までお問合せください。

（お問合せ先）

生命保険契約者保護機構

TEL 03-3286-2820

月曜日～金曜日（祝日、年末年始を除く）

午前9時～正午、午後1時～午後5時

ホームページアドレス <https://www.seihohogo.jp/>

保険金のお支払いに 関する留意事項

- お支払事由が発生する事象、介護保険金をお支払いする場合またはお支払いしない場合等については、当パンフレットに記載しておりますので、ご確認ください。なお、介護保険金のご請求は、東京医師歯科医師協同組合経由で行っていただく必要があります。ご請求に応じて、介護保険金をお支払いする必要がありますので、介護保険金のお支払事由が生じた場合だけでなく、介護保険金のお支払いの可能性があると思われる場合や、お支払いに関してご不明な点が生じた場合等についても、速やかに東京医師歯科医師協同組合のご相談窓口にご連絡ください。
- 介護保険金のお支払事由が生じた場合、ご加入の契約内容によっては、他の保険金等のお支払事由に該当することがありますので、十分にご確認ください。

指定代理請求人による ご請求に関する留意事項

- 介護保険金について、受取人がご請求できない特別の事情がある場合、被保険者があらかじめ指定した指定代理請求人が団体を経由してご請求できます。指定代理請求人に対し、お支払事由および代理請求できる旨、お伝えください。詳しくは「契約概要」の「指定代理請求人によるご請求」の項目に記載しておりますので、ご確認ください。

「ご相談窓口・指定紛争解決機関」につきましては、裏表紙をご確認ください。

更に詳しい内容について（制度の詳細とその他取扱い）

この「制度の詳細とその他取扱い」は、「契約概要」・「注意喚起情報」にてご説明した重要な事項の詳細説明や税務上のお取扱い等を記載しております。お申込み前に必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえ、お申込みください。

また、「契約概要」・「注意喚起情報」・「正しく告知いただくために」は、お申込みにあたっての重要な事項を記載しておりますので、あわせて必ずご確認ください。

保険金のお支払事由

介護保険金

●被保険者が保険期間中に次の①または②のいずれかに該当されたとき

①公的介護保険制度に定める要介護2以上の状態

被保険者が、加入日(*)以後の傷害または疾病を原因として、公的介護保険制度(別表1)による要介護認定を受け、要介護2以上(別表2)に該当していると認定されたこと

②引受保険会社の定める要介護状態

次の(ア)および(イ)をともに満たすことが、医師によって診断確定されたこと

(ア)被保険者が、加入日(*)以後の傷害または疾病を原因として、要介護状態(別表3)に該当したこと

(イ)被保険者が、(ア)の要介護状態(別表3)に該当した日からその日を含めて180日以上要介護状態が継続したこと

※この保険契約の全部または一部が更新されない場合で、被保険者がその被保険者についての保険期間満了の日からその日を含めて180日の間に上記②に定める状態に該当したときは、引受保険会社はその状態がその被保険者についての保険期間満了の日に生じたものとみなして介護保険金をお支払いします。

※介護保険金が支払われた場合には、この保険契約のその被保険者に対する部分は、被保険者が上記に定める介護保険金の支払事由に該当した時に消滅します。

(*)その被保険者についてこの保険契約上の責任が開始した日をいい、増額部分については、「加入日」を「増額日」と読替えます。

別表1 公的介護保険制度

「公的介護保険制度」とは、介護保険法にもとづく介護保険制度をいいます。

別表2 要介護2以上

「要介護2以上」とは、平成11年4月30日厚生省令第58号「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」に規定する要介護2から要介護5までのいずれかの状態をいいます。

別表3 要介護状態

対象となる要介護状態は、次のとおりとします。

要介護状態

次のいずれかに該当したとき

- ①常時寝たきり状態で、下表の(ア)に該当し、かつ、下表の(イ)～(オ)のうち2項目以上に該当して他人の介護を要する状態
- ②器質性認知症と診断確定され、意識障がいのない状態において見当識障がいがあり、かつ、他人の介護を要する状態

- (ア)ベッド周辺の歩行が自分ではできない。 (エ)食物の摂取が自分ではできない。
 (イ)衣服の着脱が自分ではできない。 (オ)大小便の排泄後の拭き取り始末が自分ではできない。
 (ウ)入浴が自分ではできない。

〔備考〕

1.器質性認知症

(1)「器質性認知症と診断確定されている」とは、次の①、②のすべてに該当する「器質性認知症」であることを、医師により診断確定された場合をいいます。

- ①脳内に後天的におこった器質的な病変あるいは損傷を有すること
- ②正常に成熟した脳が、①による器質的障がいにより破壊されたために、一度獲得された知能が持続的かつ全般的に低下したものであること

(2)(1)の「器質性認知症」、「器質的な病変あるいは損傷」および「器質的障がい」とは、次のとおりとします。

①「器質性認知症」

「器質性認知症」とは、平成27年2月13日総務庁告示第35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(2013年版)準拠」に記載された分類項目中、次の基本分類コードに規定される内容によるものをいいます。

分類項目	基本分類コード	分類項目	基本分類コード
アルツハイマー<Alzheimer>病の認知症	F00	他に分類されるその他の明示された疾患の認知症	F02.8
血管性認知症	F01	詳細不明の認知症	F03
ピック<Pick>病の認知症	F02.0	せん妄、アルコールその他の精神作用物質によらないもの(F05)のうちせん妄、認知症に重なったもの	F05.1
クロイツフェルト・ヤコブ<Creutzfeldt-Jakob>病の認知症	F02.1	神経系のその他の変性疾患、他に分類されないもの(G31)のうち神経系のその他の明示された変性疾患(ただし、レヴィ小体型認知症に限ります。)	G31.8
ハンチントン<Huntington>病の認知症	F02.2		
パーキンソン<Parkinson>病の認知症	F02.3		
ヒト免疫不全ウイルス[HIV]病の認知症	F02.4		

2013年版以後の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」において、上記疾病以外に該当する疾病がある場合には、その疾病も含むものとします。

②「器質的な病変あるいは損傷」、「器質的障がい」

「器質的な病変あるいは損傷」、「器質的障がい」とは、各種の病因または傷害によって引き起こされた組織学的に認められる病変あるいは損傷、障がいのことをいいます。

2.意識障がい

「意識障がい」とは、次のようなものをいいます。

通常、対象を認知し、周囲に注意を払い、外からの刺激を的確にうけとって反応することのできる状態を意識がはっきりしているといいますが、この意識が障がいされた状態を意識障がいといいます。意識障がいは、通常大きくわけて意識混濁と意識変容とに分けられます。意識混濁とは意識が曇っている状態で、その障がいの程度により、軽度の場合、傾眠(うとうとしているが、刺激により覚醒する状態)、中度の場合、昏眠(覚醒させることはできないが、かなり強い刺激には、一時的に反応する状態)、高度の場合、昏睡(精神活動は停止し、全ての刺激に反応性を失った状態)に分けられます。意識変容は、特殊な意識障がいであり、これにはアメンチア(意識混濁は軽い、応答は支離滅裂で、自分でも困惑した状態)、せん妄(比較的高度の意識混濁―意識の程度は動揺しやすい―に加えて、錯覚・幻覚を伴い不安、不穏、興奮などを示す状態)およびもうろう状態(意識混濁の程度は軽い、意識の範囲が狭まり、外界を全般的に把握することができない状態)などがあります。

3.見当識障がい

「見当識障がい」とは、次のいずれかに該当する場合をいいます。

- ①時間の見当識障がい:季節または朝・真昼・夜のいずれかの認識ができない。
- ②場所の見当識障がい:今住んでいる自分の家、または今いる場所の認識ができない。
- ③人物の見当識障がい:日頃接している周囲の人の認識ができない。

保険金をお支払いしない場合等（詳細）

〔介護保険金〕

●被保険者が次のいずれかにより介護保険金のお支払事由に該当したとき

- ・保険契約者、被保険者の故意（*1）または重大な過失。
- ・被保険者の薬物依存。
- ・被保険者の犯罪行為。
- ・戦争その他の変乱。（*2）

（*1）被保険者の故意には、自殺行為・自傷行為を含みます。

（*2）ただし、戦争その他の変乱によって支払事由に該当された被保険者の数の増加が、この保険の計算基礎に及ぼす影響が少ないと引受保険会社が認めた場合には、その程度に応じ、介護保険金の全額をお支払いし、または介護保険金を削減してお支払いします。

●次の場合には、介護保険金をお支払いせず、ご加入も継続できません。

告知義務違反による解除の場合

ご加入（*1）のお申込みの際に保険契約者、被保険者または代理人（*2）が、故意または重大な過失によって告知事項について事実を告げずまたは事実でないことを告げ、保険契約の全部またはその被保険者のご加入（*1）部分が解除されたとき。ただし、支払事由の発生が解除の原因となった事実によらないことが証明された場合には、保険金をお支払いします。

詐欺による取消の場合

保険契約者、被保険者または代理人（*2）の詐欺により、この保険契約の締結・被保険者の加入等が行われたために、この保険契約の全部またはその被保険者に対する部分が取消となることがあります。この場合、すでに払込まれた保険料は払戻しません。

不法取得目的による無効の場合

保険契約者、被保険者または代理人（*2）が保険金を不法に取得する目的もしくは他人に保険金を不法に取得させる目的をもってこの保険契約の締結・被保険者の加入等を行った場合には、この保険契約の全部またはその被保険者に対する部分を無効とし、すでに払込まれた保険料は払戻しません。

保険契約が失効した場合

保険契約者から保険料の払込みがなく、この保険契約が効力を失ったとき。

重大事由による解除の場合

次のような事由に該当した場合には、この保険契約の全部またはその被保険者に対する部分を解除することがあります。

- ①保険契約者、被保険者、代理人（*2）または保険金受取人が、この保険契約の保険金を詐取する目的または他人に詐取させる目的で事故招致（未遂を含みます。）をしたとき。
- ②この保険契約の保険金の請求に関し、保険金受取人に詐欺行為（未遂を含みます。）があったとき。
- ③保険契約者、被保険者、代理人（*2）または保険金受取人が、次の（ア）～（オ）のいずれかに該当するとき。
 - （ア）暴力団、暴力団員（暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者を含みます。）、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他の反社会的勢力（以下、「反社会的勢力」といいます。）に該当すると認められること
 - （イ）反社会的勢力に対して資金等を提供し、または便宜を供与する等の関与をしていると認められること
 - （ウ）反社会的勢力を不当に利用していると認められること
 - （エ）反社会的勢力により団体の全部もしくは一部の経営を支配され、またはその経営に反社会的勢力による実質的な関与を受けていると認められること
 - （オ）その他反社会的勢力と社会的に非難されるべき関係を有していると認められること
- ④上記①②③の他、引受保険会社の保険契約者、被保険者、代理人（*2）または保険金受取人に対する信頼を損ない、この保険契約の存続を困難とする上記①②③の事由と同等の重大な事由があるとき。

（*1）その被保険者についてこの保険契約上の責任が開始した日をいい、増額部分については、「加入日」を「増額日」と読替えます。

（*2）本人が、被保険者となられる方（本人の親・配偶者の親）を代理して告知・お申込みをされる場合の当該代理人のことです。

税務上のお取扱い

掛金	主契約の掛金(掛金から制度運営費を控除した金額)は、介護医療保険料控除の対象です。 制度運営費については、介護医療保険料控除の対象ではありません。 ※この保険契約には新生命保険料控除制度が適用されます。生命保険料控除の詳細は、ニッセイのホームページをご参照ください。 ニッセイホームページ https://www.nissay.co.jp/keiyaku/oshirase/hokenryokojo/ ※介護医療保険料控除の対象となる掛金については、年末調整・確定申告時に控除証明書等にて必ずご確認ください。 ※当医歯協かるがも介護保険以外に介護医療保険料控除の対象となる保険等にご加入の場合、控除額は控除の対象となる保険等の保険料をそれぞれ合計した保険料に基づき計算されます。当医歯協かるがも介護保険のみの掛金に基づき計算されるわけではありません。
	被保険者が受取人の場合、非課税です。 ※介護保険金の請求後、介護保険金のお受取り前に被保険者が死亡された場合は、相続人に一時金として介護保険金をお支払いします。この場合、相続財産として相続税の課税対象となります。 ※介護保険金を年金基金に充当し、個人が年金として受取る場合には、年金受給権取得時、毎年の年金受取時ともに非課税となります。

税務の取扱い等について、2025年3月現在の税制・関係法令等に基づき記載しております。
 今後、税務の取扱い等が変わる場合がありますので、記載の内容・数値等は将来にわたって保証されるものではありません。
 個別の税務取扱い等については、所轄の国税局・税務署や顧問税理士等にご確認ください。

個人情報の取扱いに関する東京医師歯科医師協同組合と引受保険会社からのお知らせ

- この保険契約は、東京医師歯科医師協同組合(以下、「組合」といいます。)を保険契約者とする企業保険です。そのため、この保険契約の運営にあたっては、組合は加入対象者の個人情報(氏名・性別・生年月日・健康状態等)を取扱い、組合がこの保険契約を締結した引受保険会社へ提出します。
 組合は、この保険契約の運営において入手する個人情報(個人番号を除く)を、この保険契約の事務手続きのために使用します。
 - 引受保険会社は受領した個人情報(個人番号を除く)を各種保険の引受け・継続・維持管理、保険金等のお支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、組合等へその目的の範囲内で提供します。
 - また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き組合および引受保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。なお、記載の引受保険会社は、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へ提供されます。
- (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、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。個人番号については、保険取引に関する支払調書作成事務のみに使用します。

～指定代理請求人の個人情報の取扱いについて～

指定された指定代理請求人の個人情報については、上記の加入対象者(被保険者)の個人情報と同様に取扱われますので、お申込みにあたっては、指定代理請求人にその旨を説明いただき、個人情報の取扱いについての同意を取得してください。

介護保険金の年金受取り

●介護保険金請求の際、受取人の希望により、介護保険金の全部または一部を年金基金として設定し、年金として受取ることを選択いただくことができます。

年金の種類		年金の型	年金受取り	年金受取開始日	一括受取請求	年金受取人が死亡された場合
種類	受取期間					
確定年金	5年	定額型	年1回受取り	年金基金設定日から1年以内の以下のいずれかを選択 2月1日 5月1日 8月1日 11月1日	年金受取人の請求によって年金受取りにかえて、一括受取りを請求できます。	残存受取期間の未払年金の現価を年金受取人の相続人にお支払いします。
	10年					
	15年					
保証期間付 終身年金	終身 (保証期間5年)	同上	同上	同上	同上 (ただし、一括受取りの請求期間は保証期間までとなります。)	保証期間中に死亡された場合、残存保証期間に対応する未払年金現価を年金受取人の相続人にお支払いします。

【年金受取開始日後の配当金のお受取方法について】

- ・年金受取開始日後の配当金のお受取方法は以下のいずれかの方法の中から選択いただきます。
 - 年金とともに受取る方法
 - 年金の買増にあてる方法
 - 利息をつけて積立てる方法

【年金基金設定日から年金受取開始日の前日まで(据置期間)の配当金のお支払方法について】

- ・所定の利率(*)による利息をつけて積立て、年金受取開始日が到来したときに年金基金に繰入れ、年金額を増額します。
- (*)利率は金融情勢等により変動することがあります。

※保証期間付終身年金は、第1回年金受取り時の年金受取人の年齢が満51歳以上の場合のみ選択可能です。

※保証期間中に年金の一括支払を受けた場合、保証期間経過後も年金受取人が生存しているときは、年金の支払いを再開します。

※年金受取人死亡時の遺族による請求は一時金でのお受取りとなります。

※年金基金として設定する保険金が300万円未満となる場合は、年金でのお受取りはできません。(一時金でのお受取りとなります。)



正しく告知いただくために

無配当扱特約付介護保障保険（団体型）

生命保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に保障しあう制度です。したがって、初めから健康状態のよくない方等が無条件に加入されると、保険料負担の公平性が保たれません。

この保険への新たなご加入もしくは保険金額の増額のお申込みをお引受けできるのは、「申込書兼告知書」に記載の「質問事項」に対する答えが全て「いいえ」となる方です。以下に、被保険者となられる方に正しく告知いただくための重要な事項について記載しておりますので、申込みいただく前に必ずご確認ください。

**健康状態等について、被保険者ご本人が
ありのままを告知してください。
（告知義務）**

告知の義務

- 現在および過去の健康状態等について、ありのままをお知らせいただくことを告知といえます。
この保険に新たにご加入もしくは保険金額の増額を申込みいただく際には、加入申込者ご本人（代理告知の場合には、代理人を含みます。）に告知（確認）いただく義務があります。
- 過去の傷病歴（傷病名・治療期間等）、現在の健康状態、身体の障がい状態について、「申込書兼告知書」でおたずねすること（質問事項）を十分ご確認のうえ、ご回答が全て「いいえ」となる場合にお申込みください。
- 告知にあたり、生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）が、傷病歴や健康状態等について、事実を告知いただかないよう依頼や誘導をすることはありません。

代理告知

- 被保険者となる団体所属員の親・配偶者の親から「申込書兼告知書」にて告知いただくことが困難な場合、団体所属員が被保険者となられる方を代理して告知いただくことができます。団体所属員が親の代理告知を行う場合、被保険者となる方に代理して告知することの了承をいただき、健康状態等の質問事項をすべて説明いただいたうえで、代理告知いただきます。

* 配偶者は配偶者自身が申込み・告知する必要があります。

**生命保険会社の職員等に口頭でお伝え
いただいただけでは告知いただいたこと
になりません。**

- 告知をお受けできる権限（告知受領権）は、生命保険会社が有しています。必ず指定された書面（「申込書兼告知書」）にて告知いただくようお願いいたします。
- 生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）・団体事務担当者等に口頭でお伝えまたは資料提示されただけでは告知いただいたことにはなりませんので、ご注意ください。

傷病歴等があった場合でも、全てのご加入・増額等のお申込みをお断りするものではありません。

- 生命保険会社では、契約者間の公平性を保つため、被保険者の健康状態等に応じたお引受けの判断を行っていますが、傷病歴があった場合でも、全てのご加入・増額等のお申込みをお断りするものではありません。詳細については、「『申込書兼告知書』の質問事項」をご確認ください。

告知義務に違反された場合は、ご加入・増額等のお申込内容を解除させていただき、保険金をお支払いできないことがあります。

- 告知いただく事項（質問事項）は、「申込書兼告知書」に記載しております。もし、これらについて、契約者、被保険者となられる方または代理人の故意または重大な過失によって、事実を告知いただけなかったり、事実と異なることを告知された場合、責任開始日から1年以内であれば、生命保険会社は「告知義務違反」として申込みいただいた内容を解除することがあります。（*）
 - 責任開始日から1年を経過していても、保険金のお支払事由が1年以内に発生していた場合（責任開始時前に原因が生じていたことにより、保険金のお支払いが行われない場合を含みます。）には、申込みいただいた内容を解除することがあります。
 - 申込みいただいた内容を解除した場合には、保険金のお支払事由が発生していても、これをお支払いすることはできません。また、すでに払込みいただいた保険料は払戻しません。（ただし、保険金のお支払事由発生が解除の原因となった事実にもとづかない場合には、保険金のお支払いをいたします。）
- （*）告知にあたり、生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）が、傷病歴や健康状態等について告知をすることを妨げた場合、告知をしないことを勧めた場合、または事実と異なることを告げることを勧めた場合、生命保険会社は申込みいただいた内容を解除することはできません。こうした、生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）の行為がなかった場合でも契約者、被保険者となられる方または代理人が、生命保険会社が告知を求めた事項について、事実を告知しなかったかまたは事実と異なることを告知したと認められる場合、生命保険会社は、お申込内容を解除することがあります。

※「告知義務違反」としてお申込内容を解除させていただく場合以外にも、保険金をお支払いできないことがあります。たとえば、「告知義務違反」の内容が特に重大な場合、上記にかかわらず、詐欺による取消を理由として、保険金をお支払いできないことがあります。この場合、すでに払込みいただいた保険料は払戻しません。

**後日、告知内容等を確認させていただく
ことがあります。**

- 生命保険会社の職員または生命保険会社で委託した者が、保険金のご請求の際、お申込内容、告知内容、請求内容について、確認させていただくことがあります。また、被保険者を診療した医師等に対し、病状等について照会・確認させていただくことがあります。

「申込書兼告知書」の質問事項

- 新規加入・増額する申込者それぞれがパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および「申込書兼告知書」の裏面に記載されている質問事項をご確認のうえ、告知してください。
- ただし、団体所属員が親の代理告知を行う場合は、被保険者となる方に代理して告知する旨を了承いただき、健康状態等の質問事項をすべて説明いただいたうえで、親が回答した内容を告知してください。
- 質問事項1～6に対する答えが一つでも「はい」となる方は新規加入・増額いただけません。
- 「申込書兼告知書」を提出いただく際には、加入勧奨時に通知・配付された説明資料等に記載された重要事項（「契約概

要」「注意喚起情報」を含む）ならびに個人情報の取扱い等を必ずお読みいただき、告知内容が事実と相違ないことをご確認のうえ、申込者それぞれが「申込印（告知印）」欄に押印してください。

団体所属員が親の代理で「申込書兼告知書」に記入される場合は、パンフレット記載内容を説明し、保障内容が親の意向に合致していることを確認するとともに、被保険者となることを同意いただいたうえで、団体所属員が「申込書兼告知書」を記入し、親の「申込印（告知印）」欄に押印してください。

配偶者は配偶者自身が申込み・告知する必要があります。

- 「申込書兼告知書」に記載の「質問事項」は以下のとおりです。

■健康状態等の質問事項

質問1 申込日（告知日）現在、日常生活上の行為※1を行う際に、他人の介護や付き添い（一部介助※2・見守り※3・支え※4を含む）を受けていますか。

- ※1 日常生活上の行為とは、食事・歩行・寝返り・立ち上がり・入浴・排せつ・衣類着脱・金銭の管理をいいます。
- ※2 一部介助とは、自立（自立とは基本的に自分ひとりで日常生活上の行為ができる状態のことを指します）に近い状態でありながら、見守りや誘導、簡単なサポートが必要な状態のことをいいます。
- ※3 見守りとは、そばについて、いつでも必要な援助を行える態勢をとることをいいます。
- ※4 支えとは、手助けすることをいいます。

質問2 申込日（告知日）現在、公的介護保険制度の要介護・要支援の認定を受けている、または要介護・要支援の認定申請をしていますか。

質問3 申込日（告知日）現在、医療機関に入院中もしくは医師の指示による在宅療養中※5ですか。または医師により入院・手術をすすめられていますか。

- ※5 療養とは治療と養生のことで、病気やけがの手当てをし、体を休めて健康の回復をはかることです。在宅療養とはこうした過程を入院などではなく、ご自宅など住みなれた環境（在宅）で過ごすことです。

質問4 申込日（告知日）現在、骨折（手足の指を除く）・脊髄損傷で医師の治療・投薬を受けていますか。
*経過観察として医師の診察を継続している場合やリハビリ中の場合を含みます。

質問5 申込日（告知日）から過去1年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、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。

質問6 申込日（告知日）から過去5年以内に以下の病気により医師の治療・投薬を受けたことがありますか。

<16 疾病>

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| 1 悪性新生物
(がん・肉腫・白血病・リンパ腫等)
または上皮内新生物（上皮内がん） | 7 進行性核上性麻痺、
大脳皮質基底核変性症
及びパーキンソン病
【パーキンソン病関連疾患】 | 12 糖尿病性神経障害、
糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| 2 関節リウマチ | 8 脊髄小脳変性症 | 13 脳血管疾患 |
| 3 筋萎縮性側索硬化症 | 9 脊柱管狭窄症 | 14 閉塞性動脈硬化症 |
| 4 後縦靱帯骨化症 | 10 早老症 | 15 慢性閉塞性肺疾患 |
| 5 骨折を伴う骨粗鬆症 | 11 多系統萎縮症 | 16 両側の膝関節又は
股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |
| 6 認知症・軽度認知障がい（MCI）・
アルツハイマー病・レビー小体病 | | |

質問事項1～6に対する答えが、一つでも「はい」となる方は、新規加入・増額いただけません。

- 「申込書兼告知書」への記入の有無にかかわらず、当社で保有するお客様情報により、ご加入もしくは増額等をお断りすることがあります。
- 「申込書兼告知書」をご提出された後、告知すべき何らかの事実を思い出された場合（「申込書兼告知書」の提出時に質問事項に対する答えが「いいえ」であったものの、「はい」が正当であることが判明した場合）には、団体窓口経由生命保険会社にお申し出ください。この場合、加入・増額の取消等を行うことになります。

お申込み手続き

- 新規に加入される方、または内容に変更のある方は「申込書兼告知書」を組合保険部へご提出ください。
 - 加入後に指定代理請求人を変更される場合は、「指定代理請求人指定書」をご提出ください。（「申込書兼告知書」での指定代理請求人変更のお取扱いはできません。）この場合の指定代理請求人変更の効力発生日は、「指定代理請求人指定書」を引受保険会社が受付けた日です。
 - 必要事項が記入・押印されているか、ご提出前にご確認ください。内容を訂正される場合は訂正箇所を二重線で抹消後、訂正印（申込印と同一のもの）を押印のうえ、正しい内容をご記入ください。
- ※「申込書兼告知書」上の「団体所属員」とは、東京医師歯科医師協同組合の組合員・賛助会員を指します。

記入要領

日本生命保険相互会社 行

無配当特約付介護保障保険(団体型)申込書兼告知書

- ◆裏面の〈お申込みにあたって〉をご確認のうえ、太枠内をもれなく記入・押印してください。
- ◆介護保険金受取人、指定代理請求人については、裏面を確認してください。

団体記入欄	申込締切日	西暦	月	日	効力発生日	西暦	月	日
-------	-------	----	---	---	-------	----	---	---

パンフレット記載の意向確認書により商品内容が自身の意向に合致していることを確認し、加入および個人情報の取扱い等について了承・同意のうえ、以下のとおり加入(変更)を申込みます。いること、および裏面の健康状態の質問事項を確認のうえ告知します。なお、告知内容は事実上、品内容が親の意向に合致していることを確認するとともに、重要事項および個人情報の取扱い

必ず記入 記新規加入する方・保険金額を変更する方・脱退する方のみ記入	1 申込日 (告知日) 西暦 2025年 8月 2日		事業所コード		被保険者番号(右づめ)		所属コード(設定されている場合は記入してください)		
	2 団体所属員 申込区分 新規加入 保険金額 変更 脱退		3 氏名(カナ) トウキョウ タロウ		4 性別 男性 女性		5 生年月日 西暦 1986年 06月 12日		
	申込区分 新規加入 保険金額 変更 脱退		氏名(カナ) トウキョウ ハナコ		性別 男性 女性		生年月日 西暦 1988年 11月 01日		
	申込区分 新規加入 保険金額 変更 脱退		氏名(カナ) トウキョウ イチロウ		性別 男性 女性		生年月日 西暦 1955年 05月 01日		
住所(漢字) カナ トウキョウト ●●ク ××× 1-2-3-456		住所(漢字) 東京都 ●●区 ××× 12-3-456		郵便番号 000-0000		申込保険金額(万円) 1,000		現在の加入保険金額(万円)	
申込区分 新規加入 保険金額 変更 脱退		氏名(カナ) トウキョウ ハルコ		性別 男性 女性		生年月日 西暦 1958年 06月 08日		郵便番号 -	
住所(漢字) カナ		住所(漢字) カナ		郵便番号 -		申込保険金額(万円) 800		現在の加入保険金額(万円)	
申込区分 新規加入 保険金額 変更 脱退		氏名(カナ) カイゴ ジロウ		性別 男性 女性		生年月日 西暦 1957年 11月 15日		郵便番号 000-0000	
住所(漢字) カナ オオサカフオオサカシ ▲▲▲ク ■■ 1-2-3		住所(漢字) 大阪府大阪市 ▲▲▲区 ■■ 1-2-3		郵便番号 -		申込保険金額(万円) 800		現在の加入保険金額(万円)	
申込区分 新規加入 保険金額 変更 脱退		氏名(カナ) カイゴ アキコ		性別 男性 女性		生年月日 西暦 1960年 09月 28日		郵便番号 -	
住所(漢字) カナ		住所(漢字) カナ		郵便番号 -		申込保険金額(万円) 800		現在の加入保険金額(万円)	

A 新規加入・増額する場合、「申込書兼告知書」裏面の〈健康状態等の質問事項〉を参照のうえ、ご記入ください。
質問事項に対する答えが一つでも「はい」となる場合は、「はい」に○印をご記入ください。
※「はい」に○印をつけた方は新規加入・増額することができません。

医歯協組員・賛助会員が親の代理で「申込書兼告知書」に記入する場合
医歯協組員・賛助会員より代理で告知いただきます。
あらかじめ親に代理で告知することを了承いただき、質問事項を説明のうえ、親が回答した内容を記入してください。

B 必ず被保険者(医歯協組員・賛助会員・配偶者)が押印してください。

2025年11月1日以前から「医歯協 かるがも介護保険」に加入されている方は、別途お配りする【「医歯協 かるがも介護保険」のご案内】をご確認ください。

勸奨時に通知・配付された説明資料等に記載の重要事項（「契約概要」「注意喚起情報」を含む）新規加入・保険金額を増額する申込者それぞれがパンフレット等に記載の加入資格を満たして相違ないことを確認しました。また、団体所屬員が親の代理で申込み・告知する場合には、商等について親に説明のうえ、了承・同意を取得しています。

A		B		7	
質問事項回答 (告知欄)	申込印 (告知印)	団体所屬員の 指定代理 請求人(カナ)	(カタカナで記入してください)		
いいえ はい	東京	続柄	トウキョウ ハナコ		
			☒ 配偶者 ☐ 父 母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ 子ども ☐ 祖父母 ☐ その他		
A B C について、左下の<記入上の留意点>を確認のうえ、記入・押印してください。					
C					
質問事項回答 (告知欄)	申込印 (告知印)	記入者	親の告知事項の確認・保障内容等の 説明・同意の方法・日付		
いいえ はい	東京	団体所屬員 親本人	方法	対面 電話 メール その他 ()	
			日付	西暦 年 月 日	
質問事項回答 (告知欄)	申込印 (告知印)	記入者	方法	対面 電話 メール その他 ()	
いいえ はい	東京	団体所屬員 親本人	日付	西暦 年 月 日	
質問事項回答 (告知欄)	申込印 (告知印)	記入者	方法	対面 電話 メール その他 ()	
いいえ はい	東京	団体所屬員 親本人	日付	西暦 年 月 日	
質問事項回答 (告知欄)	申込印 (告知印)	記入者	方法	対面 電話 メール その他 ()	
いいえ はい	東京	団体所屬員 親本人	日付	西暦 2025年 7 月 30 日	
質問事項回答 (告知欄)	申込印 (告知印)	記入者	方法	対面 電話 メール その他 ()	
いいえ はい	東京	団体所屬員 親本人	日付	西暦 2025年 7 月 30 日	

チェック欄	確認項目
①	「申込書兼告知書」を記入された日をご記入ください。 ※告知日として重要です。必ずご記入ください。
②	該当の申込区分に○印をご記入ください。
③	氏名はすべてカタカナでご記入ください。
④	性別に○印をご記入ください。 生年月日をご記入ください。
⑤	パンフレット3ページの介護保険金額の中からご選択の うえ、ご記入ください。
⑥	親の申込をする場合、必ず「郵便番号」「住所」欄を ご記入ください。
⑦	「申込書兼告知書」裏面の<指定代理請求人>をご参照 のうえ、ご記入ください。
注	内容を訂正される場合は訂正箇所を二重線で抹消後、 訂正印(申込印と同一のもの)を押印のうえ、正しい内 容をご記入ください。

●申込締切日：2025年7月25日(金)

●効力発生日：2025年11月1日

■2025年11月以降に申込みされる場合のお取扱い
【毎月募集】

●申込締切日：毎月5日【組合保険部 着】
(新規加入・増額のみ)

●効力発生日：申込締切日の翌月1日
(掛金の口座振替は、効力発生日の前月末日と
なります。)

親本人が「申込書兼告知書」に記入する場合

「申込印(告知印)」欄は親本人が押印してください。
「記入者」欄は「親本人」に○印をご記入ください。
「方法」「日付」欄の記入は不要です。

医歯協組合員・賛助会員が親の代理で「申込書兼告知書」に記入する場合

「申込印(告知印)」欄は医歯協組合員・賛助会員が医歯協組合員・賛助会員の申込印を押印してください。
「記入者」欄は「団体所屬員」に○印をご記入ください。
「方法」「日付」欄は、親に保障内容を説明のうえ、加入の同意を取得して、代理でお申込み・告知することの了承を得た方法・日付を記入してください。

【お申込み手続き】

新規に加入される方 その他 内容の変更がある方	「申込書兼告知書」を組合保険部へご提出ください。 加入後に指定代理請求人を変更される場合は、「指定代理請求人指定書」をご提出ください。（「申込書兼告知書」での指定代理請求人変更のお取扱いはできません。） この場合の指定代理請求人変更の効力発生日は、「指定代理請求人指定書」を引受保険会社が受付けた日です。
 ご注意	必要事項が記入・押印されているか、ご提出前にご確認ください。内容を訂正される場合は訂正箇所を二重線で抹消後、訂正印（申込印と同一のもの）を押印のうえ、正しい内容をご記入ください。

ご相談窓口等

ご照会・苦情につきましては、 右記の団体窓口まで お問合せください。	〈団体お問合せ先〉 東京医師歯科医師協同組合 保険部 TEL 0120-008-149 【平日9時～17時まで [ガイダンス後「3」を選択してください】
引受保険会社へのご要望・苦情につきましては、 右記の日本生命窓口 までご連絡ください。	〈日本生命お問合せ先〉 日本生命保険相互会社 企業保険サービス課 TEL 0120-123-840 (通話料無料) ※お問合せの際には、記号証券番号(985-00021)をお知らせください。 【受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00 (祝日・12/31～1/3を除く。)]

【指定紛争解決機関】

- この商品に係る指定紛争解決機関は一般社団法人生命保険協会です。
- 一般社団法人生命保険協会の「生命保険相談所」では、電話・文書（電子メール・FAXは不可）・来訪により生命保険に関するさまざまなご相談・照会・苦情をお受けしております。また、全国各地に「連絡所」を設置し、電話にてお受けしております。なお、生命保険相談所が苦情の申出を受けたことを生命保険会社に連絡し、解決を依頼した後、原則として1カ月を経過しても、保険契約者等と生命保険会社と

の間で解決がつかない場合については、指定紛争解決機関として、生命保険相談所内に裁定審査会を設け、保険契約者等の正当な利益の保護を図っております。

参照

- ◆「生命保険相談所」・「連絡所」の連絡先は、ホームページアドレス
<https://www.seiho.or.jp/>をご覧ください。

【「障がい」の表記】当パンフレットでは、「障害」を「障がい」と表記しています。なお、法律、政令、規則等の法令で用いられている用語や特定の固有名詞については「障害」とそのまま表記する場合があります。