

# 要保管資料

各種手続き用紙・記入要領が掲載されています

# 日本税協連福祉会 【新医療保険】事務の手引き

正式名称:新医療保障保険(団体型)(家族特約付)

～加入・各種変更及び給付金請求手続き方法について～

団体名 : 日本税協連福祉会  
事務委託 : 日本税理士協同組合連合会  
収納代行 : 第一ライフペイメント(株)

手続き内容に関するご照会・書類のご提出先

日本税協連福祉会事務局  
〒141-0032 東京都品川区大崎1-11-8 日本税理士会館4階  
TEL 03-5740-0920 FAX 03-5740-0921

<引受保険会社> 第一生命保険株式会社

税理士協同組合の組合員のみさまへ 令和8年3月版

**日本税協連福祉会の新医療保険のおすすめ**

【新医療保障保険(団体型)(家族特約付)】  
パンフレット(契約概要、注意喚起情報)  
～病気やケガによる所定の入院・手術などに備える医療保険です～



【業務内容の概要】加入(契約)の際は、以下についてお申込みの都道府県に必ずご確認ください。  
●契約内容にご納得いただいた内容となっていますか?  
●ご加入が契約内容に必ずしも適合し、保料は、お住みの自治体や年齢によって異なります。

契約の種別	契約の種別
標準の種別	① 有効期限3月1日(3M) ② 有効期限6月1日(6M) ③ 有効期限12月1日(12M)
保障(責任)の範囲	① 有効期限4月1日(上)以降の発生10回 ② 標準の種別の発生1日 ③ 部分・追加の標準の種別に対応した保障(兼用) 機能は異なります。
お問い合わせ・お問い合わせ先	日本税協連福祉会事務局(日本税理士協同組合連合会) 〒141-0032 東京都品川区大崎1-11-8 日本税理士会館4階 TEL 03-5740-0920
申込方法	標準の申込書の提出が必要となります。ご契約に付随して、加入内容に変更がなければ、申込書の提出は不要です。 (※例、保証内容等に変更があります。)

このパンフレットは標準の申込書(特約付)に、ご希望の保障内容、標準の申込書をお送りしています。  
詳細な契約内容については「標準」の契約書でご確認ください。詳細な契約書の内容は必ずご確認ください。

1/17 0477193

<新医療保険パンフレット>

この度は日本税協連福祉会の新医療保険にご加入いただき、誠にありがとうございます。  
お申し込み後、ご加入内容に変更が生じた場合は、お手数ですがその都度手続きをお願いいたします。

<次のような場合に変更手続きが必要となります>

- ◎ご加入者が退職された場合
  - ◎ご加入者が亡くなられた場合
  - ◎ご加入者の氏名に変更や訂正があった場合
  - ◎会員事務所名が変更となる場合
  - ◎保険料の振替口座を変更する場合
  - ◎事務所代表税理士が変更となる場合
- 等

詳しい手続き方法・書類ご提出の締切・書類の記入要領等は  
次ページ以降をご確認の上、お手続き願います。

手続き内容に関するご照会・手続き書類のご提出・請求書類のご請求は下記のとおりです。  
なお、お手続きに際しましては、次ページ以降の書類提出締切日を十分ご確認の上、お手続きいただきますようお願いいたします。  
(書類提出締切日以降に受け付けた書類については、お申し出の変更年月にて手続きできない場合がございます。)

<お手続き窓口>

日本税協連福祉会事務局

〒141-0032 東京都品川区大崎1-11-8 日本税理士会館4階

TEL 03-5740-0920

FAX 03-5740-0921

<告知に関するご照会>

第一生命保険株式会社 団体保障事業部

〒151-8408 東京都渋谷区代々木3-22-7 新宿文化クイントビル17階

TEL 0120-005-328

## <目次>

- 「新医療保険」の概要…………… P. 4
- 加入の手続きについて…………… P. 4～9
- 【帳票】
  - ・ 新医療保障保険(団体型) 加入申込書<任意加入型>…………… P. 8
- 脱退の手続きについて…………… P. 10
- ご加入者の事項に関する諸変更手続きについて……………P. 11
- 給付金のご請求について ……………P. 12
- 保険料の振替について…………… P. 13～14
- 【帳票】
  - ・ 新医療保障保険(団体型) 脱退通知書……………P. 15
  - ・ 新医療保障保険(団体型) 団体番号・被保険者番号変更通知書……………P. 16
  - ・ 新医療保障保険(団体型) 被保険者項目変更(訂正)通知書……………P. 17
  - ・ 新医療保障保険(団体型) 所属変更通知書……………P. 18
  - ・ 日本税協連 会則・入会申込書…………… P. 19～20

【各帳票はコピーのうえ、ご使用ください】

## <新医療保険の概要> 正式名称:新医療保障保険(団体型)(家族特約付)

### 1. 制度の概要

この保険は、団体(日本税協連福祉会)の福利厚生制度の一環および公的医療保険制度の自己負担部分の補完を目的として、団体の所属員を被保険者とし、次の給付金をお支払いするしくみの保険です。

- (1) 入院給付金 …………… 被保険者が保険期間中に不慮の事故による傷害または疾病の治療を目的として入院したときに支払います。
- (2) 入院一時給付金 …………… 被保険者が保険期間中に病気やケガの治療のために入院をしたときに支払います。
- (3) 手術給付金 …………… 被保険者が保険期間中に所定の手術を受けたときに支払います。
- (4) 放射線治療給付金 …………… 被保険者が保険期間中に所定の放射線治療を受けたときに支払います。
- (5) 骨髄ドナー給付金 …………… 被保険者が保険期間中に骨髄幹細胞または末梢血幹細胞の採取術を受けたときに支払います。

なお、1年更新の定期保険であり、保険期間満了による保険金はありません。  
また、解約・失効した場合、払戻金はありません。  
詳細につきましては、パンフレットをご確認ください。

### 2. ご加入にあたりご留意いただく点

- ・ 毎月1日付でのご加入が可能です。(加入月の前月10日迄に日本税協連福祉会事務局へ書類が到着するようにご提出ください。)  
なお、4月(更新前月)のご加入のお取り扱いはありません。また、5月(更新月)の締切日は3月末日です。
- ・ 本人がご加入になれば、配偶者、お子さまもご加入いただけます。
- ・ 配偶者は、ご本人と同一戸籍に記載されていることが条件です。
- ・ お子さまが加入される場合、加入資格のあるお子さまは全員ご加入ください。  
ただし、ご本人が加入する公的医療保険制度におけるご本人の被扶養者かつご本人と同一戸籍に記載されているお子さまに限ります。
- ・ 配偶者、お子さまだけのご加入はできません。また、配偶者、お子さまはご本人より高い入院給付金日額にはご加入できません。

### 3. 脱退の手続きについて

- ・ ご加入者が新医療保険を退職等の理由により脱退される場合には、脱退の手続きが必要となります。  
(脱退の場合は脱退年月の前月20日迄に日本税協連福祉会事務局へ書類が到着するようにご提出ください。)  
なお、5月(更新月)の締切日は3月末日です。
- ・ 配偶者やお子さまがご本人と同一戸籍でなくなった場合や、お子さまが就職等の理由で、ご本人の公的医療保険制度の被扶養者ではなくなった場合には、該当の方につき脱退のお手続きが必要です。
- ・ ご本人が死亡、脱退となった場合には、配偶者、お子さまも自動的に脱退となります。

## <加入手続き>

次ページ以降を確認し、P. 8の用紙をコピーの上ご使用ください。

# 日本税協連福祉会

## 新医療保障保険(団体型) 加入・変更 申込書 兼 告知書

毎月10日迄に日本税協連福祉会事務局への到着分は翌月1日加入です。

<記入見本> ●新規加入・ご加入内容を変更(訂正)される方のみ申込書をご提出ください。

※ご記入後は必ずコピーを取り、ご本人様控として大切に保管願います。

●ご記入内容を変更(訂正)される場合は、該当箇所を二重線で抹消し、訂正箇所のそばに申込みされる方の署名(漢字フルネーム)または訂正印を押印ください。

### [1] 団体番号・所属(※)・被保険者番号(※)・責任開始日

被保険者番号は左詰めでご記入ください。被保険者番号に変更がある場合は団体事務担当者様経由でお手続きください。

※設定要領は次ページ参照

### [2] 申込日(告知日)

実際に申込書を記入した日(告知事項を確認した日)を和暦でご記入ください。

### [3] 申込区分

申込書に印字されている申込区分のいずれかに○をご記入ください。

### [4] 被保険者(加入者)カナ氏名

カタカナでご記入ください。

※「エ・コ・ユ」「シ・ツ」「ア・マ」「ク・ワ」「ソ・リ・ン」はわかりやすくご記入ください。

### [5] 自署欄

必ず漢字フルネームでご本人様・配偶者様・お子様それぞれでご記入ください。

※お子様が15歳未満の場合は親権者全員から同意を得たうえでご本人様がお子様の氏名をご記入ください。

### [6] 告知

新規加入・増額される方は告知事項および別表1・2(P7)をご確認のうえ、告知ください。

### [7] 性別

いずれかに○をご記入ください。

### [8] 生年月日

元号のいずれかに○をしたうえで生年月日を和暦でご記入ください。

### [9] 申込内容

今回申込み(変更)される入院給付金日額をご記入ください。

### <加入申込書ご記入例>

The form shows a sample entry for a new member. The header includes the organization name and the form title. The main table lists members with columns for application type, name, gender, birth date, and payment amount. A red box highlights the '告知' (Notification) column, and another red box highlights the '入院給付金日額' (Hospitalization benefit amount) column. A red callout box points to the '告知' column with the text: '税理士事務所名、代表税理士登録番号をご記入ください' (Please enter the name of the tax accountant firm and the representative tax accountant registration number). The form also includes a '告知事項' (Notification items) section and a '自署欄' (Self-declaration section).

告知は(1)・(2)と(3)・(4)の2か所にご回答ください

This is a close-up of the '告知' (Notification) section. It shows a table with two columns for '告知事項(1)(2)' and '告知事項(3)(4)'. The first column has a circled '1' and the second column has a circled '2'. Below the table, there are two boxes labeled '1' and '2' for entering the notification details.

### <記入要領>

- 新規加入、入院給付金日額を増額される場合: 1 ~ 9 } を黒のボールペンで
- 上記以外(減額)の場合: 6を除く 1 ~ 9 } ご記入ください。(消せるものは不可)

※配偶者様・お子様だけのご加入はできませんので、ご本人様とのセットでお申込みください。

# ★ 加入申込書兼告知書 「所属」・「被保険者番号」設定要領 ★

- 「所属」欄10桁（「所属」=預金口座振替依頼書の「顧客番号」です。）  
税協コード（1桁英字）+都道府県コード（1桁）+税理士登録番号（6桁）+事務所コード（01）
- 「被保険者番号」欄10桁（左詰めで記入ください）  
税理士登録番号（6桁）+事務所コード（01）+連番（2桁）  
※連番（2桁）については空欄でも構いません

加入申込書兼告知書左上の  
この部分の設定要領です

	団体番号	0	4	1	7	1	9	3	0	0	0
1	所属										
	被保険者番号										

## <記入例>

東北税協：B、宮城県：3、登録番号：012345、税理士事務所：01 の場合

1	所属	B	3	0	1	2	3	4	5	0	1
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	0	1		

税協	税協コード	都道府県	県コード
北海道	A		1
東北	B	青森	1
		岩手	2
		宮城	3
		秋田	4
		山形	5
関東信越	C	福島	6
		茨城	1
		栃木	2
		群馬	3
		埼玉	4
千葉	D	新潟	5
		長野	6
		東京	1
東京地方	F	神奈川	1
		山梨	2

税協	税協コード	都道府県	県コード
東海	G	静岡	1
		愛知	2
		三重	3
名古屋	H	愛知	1
		岐阜	2
北陸	I	富山	1
		石川	2
		福井	3
近畿	J	滋賀	1
		京都	2
		大阪・奈良	3
		和歌山	4
		神戸	5
		兵庫県西	6
		西宮	7
		尼崎	8
		西淀川	9
		伊丹	0
淡路	A		

税協	税協コード	都道府県	県コード
中国	K	岡山	1
		広島	2
		山口	3
		鳥取	4
		島根	5
四国	L	香川	1
		徳島	2
		愛媛	3
		高知	4
九州北部	M	福岡	1
		佐賀	2
		長崎	3
南九州	N	熊本	1
		大分	2
		宮崎	3
		鹿児島	4
沖縄	O		1

## ◎事務所コード

<同一税理士登録番号で複数事業所にて加入する場合について>

※事業内容は税理士付随業務に限る。所属欄の末尾2桁にて区別する。

例)税理士登録番号012345が代表者で2事業所

××税理士事務所 01234501

××会計センター 01234502

<各地区事務局等の税理士登録番号6桁について>

※各地区税協事務局の場合 税協コード(1桁英字)+都道府県コード(1桁)+0000(4桁)

※税理士会事務局の場合 税協コード(1桁英字)+都道府県コード(1桁)+9999(4桁)

※税理士会支部事務局の場合 税協コード(1桁英字)+都道府県コード(1桁)+9901~(下2桁連番で区別しますので空欄でご提出ください)

- P9の「告知にあたりご留意いただきたいこと」および「【医療・新医療】特定疾病・部位不担保特約について」もあわせてご参照ください。
- 告知事項に該当がなくお申込みいただいたとしても、過去の告知や傷病歴等によりご加入（増額）いただけない場合や条件付きでのお引受けとなる場合があります。
- 病名コードは2つまでご記入いただけます。3つ以上該当する場合はご加入（増額）お申込みいただけません。【注】

本ページは加入申込書のコピーとともに大切に保管願います。

新医療保障保険（団体型）

告知事項

- (1)告知日から過去3ヶ月以内に別表1の病気により医師の診察・検査・治療（指示・指導を含む）・投薬をうけたことがありますか。
- (2)告知日から過去5年以内に別表1の病気により手術または継続7日以上入院はありますか。

- (3)告知日から過去3ヶ月以内に別表2[A]の病気により医師の診察・検査・治療（指示・指導を含む）・投薬をうけたことがありますか。
- (4)告知日から過去5年以内に別表2[A]の病気により手術または継続7日以上入院はありますか。

別表1：お申込みいただけない病名一覧

お申込みいただけない病名	
心臓・血管	狭心症、心筋こうそく、心臓弁膜症、先天性心臓病、心不全、心筋症、不整脈、高血圧症(※1)、大動脈瘤、大動脈解離
脳・精神・神経	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)、てんかん、統合失調症、躁うつ病、うつ病、抑うつ状態、神経症、パニック障害、不安障害、適応障害、睡眠障害、自律神経失調症、認知症、アルコール依存症、パーキンソン病、パーキンソン症候群
肺・気管支	慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性気管支炎、肺気腫、気管支拡張症
胃腸	かいよう性大腸炎、クローン病
肝臓・すい臓	肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)、肝硬変、肝機能障害、すい炎
腎臓	腎炎、ネフローゼ、腎不全、のう胞腎
がん・しゅよう	がん(※2)、しゅよう(良性は除きます)
その他	糖尿病(※3)、リウマチ、こうげん病、紫斑病

※1 高血圧症は、告知日現在満36歳以上の方は告知事項に該当しません。(その他左記の病気で告知事項に該当しない場合、お申し込みいただけます。)

※2 おたずねしている「がん」は、以下を含みます。  
悪性しゅよう、悪性新生物、癌、肉腫、白血病、リンパ腫、多発性骨髄腫、骨髄異形成症候群、真性赤血球増加症(多血症)、慢性骨髄増殖性疾患、本態性(出血性)血小板血症、カルチノイドなど(上皮内がんは除きます。)

※3 糖尿病は、下表のすべての項目を満たす場合に限り告知事項に該当しません。(その他左記の病気で告知事項に該当しない場合、お申し込みいただけます。)

告知日現在の満年齢	50歳以上
告知でおたずねしている期間内のインスリン治療有無	なし
糖尿病による合併症(神経障害、網膜症、腎症など)	なし
直近のHbA1cの検査値	7%未満

別表2：条件付でお引受けできる病名一覧

条件付きでお引受けできる病名		
病名コード	[A] 該当する病気など	[B] 不担保疾病、部位
01	現在妊娠中で過去に帝王切開を受けたことがあるまたは現在妊娠中で帝王切開の予定(※1)がある	異常妊娠および異常分娩
02	大腸ポリープ	大腸(盲腸、虫垂、結腸、直腸をいい、虫垂炎の場合は除く)
03	大腸憩室炎	
04	大腸・直腸・結腸の粘膜内がん	
05	腸閉塞【注】	小腸(十二指腸、空腸および回腸)
06	子宮筋腫	大腸(盲腸、虫垂、結腸、直腸をいい、虫垂炎の場合は除く)
07	卵巣のう腫	
08	子宮の上皮内がん	子宮、卵巣、卵管および子宮付属器
09	腰椎椎間板ヘルニア	腰部・仙骨部および尾骨部(当該神経を含む)
10	痔	肛門(肛門管および肛門周囲を含む)
11	白内障	眼球および眼球付属器(眼瞼、結膜、涙器、眼筋および眼窩内組織を含む)
12	網膜剥離	鼻(副鼻腔を含む)
13	副鼻腔炎	
14	中耳炎	耳(内耳、中耳、外耳を含む)および乳様突起
15	胆石	肝臓、胆のうおよび胆管
16	尿管結石	腎臓、尿管、膀胱、尿道
17	膀胱の上皮内がん	
18	半月板損傷	両膝関節部
19	変形性膝関節症	両股関節部
20	変形性股関節症	
21	扁桃炎	咽頭および喉頭(咽頭には扁桃含む。喉頭には声帯を含む)
22	乳房・乳腺の上皮内がん	乳房

※1 「帝王切開の予定」とは医師より帝王切開による分娩であることを告知されていることをいいます。

《上記の告知事項(1)(2)について》

新医療保障保険

- すべてに該当しない場合  
告知欄(告知事項(1)(2))の「該当なし」に○印をご記入のうえ、告知事項(3)(4)をご確認ください。
- ひとつでも該当する場合  
お申込みいただけません。

《上記の告知事項(3)(4)について》

- すべてに該当しない場合  
お申込み可能です。告知欄(告知事項(3)(4))の「○:該当なし」に○印をご記入ください。
- ひとつでも該当する場合  
お申込み可能ですが、条件付きでのお引受けとなります。  
詳細は9ページの「【医療・新医療】特定疾病・部位不担保特約について」をご参照ください。  
・告知欄(告知事項(3)(4))の「○:該当あり」に○印をご記入のうえ、別表2の病名コードを□にご記入ください。病名コードを記入した場合は、記入欄に同封の目隠しシールを貼付ください。  
・病名コードは2つまでご記入いただけます。3つ以上該当する場合はご加入(増額)お申込みいただけません。複数の病名コードに該当し、両不担保疾病・部位の不担保期間が異なる場合、長い方の不担保期間を適用いたします。  
【注】ただし「05 腸閉塞」については、同時に別の病名コード(「02 大腸ポリープ」「03 大腸憩室炎」「04 大腸・直腸・結腸の粘膜内がん」を除く)に該当する病気がある場合はお申込みいただけません。

告知事項下線部分について

- 「指示・指導」とは：医師の診察・検査をうけた結果更に検査をすすめられること、治療・投薬・入院・手術をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることをいいます。なお、健康診断や人間ドックの結果通知書による再検査の指示・生活指導などは医師の指示・指導に該当しませんが、その結果にもとづき医師(検査機関の医師・産業医を含みます)から直接指示・各種指導を受けている場合は、該当します。

- 告知の記入に関してご不明な点がある場合は、以下の照会先へご照会ください。  
第一生命保険株式会社 団体保障事業部  
TEL：0120-005-328 (団体保険総合受付フリーダイヤル)  
受付時間 9：00～17：00 (土・日・祝日・年末年始を除く)

日本税協連福社会

新医療保障保険(団体型) 加入・変更 申込書 兼 告知書

①	団体番号	0 4 1 7 1 9 3 0 0 0
	所 属	
	被保険者番号	

必ずご記入ください。

①責任開始日	②申込日(告知日)
令和 年 月 日	令和 年 月 日

第一生命保険株式会社  
〔事務幹事会社〕 御中

●全ての加入者は、パンフレットの内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を了承し、申込書記載の事項及び告知欄記載の事項は、事実と相違ないことを誓約のうえ申込みます。  
また、パンフレットに記載の【意向確認のお願い】により、商品内容が自身の意向に沿ったものであることを確認のうえ申込みます。●パンフレット記載の個人情報の取扱いについて受取人と共に同意します。  
●被保険者名、入院給付金日額等が一般社団法人生命保険協会に登録されることに同意します。●未成年の子については、親権者全員から同意を得たうえで申込みます。  
●新医療保障保険(団体型)について告知欄に不担保部位に関する病名コードの記入がある場合は、「特定疾病・部位不担保特約」付での加入(増額)となることを承知します。

**告知事項** P7の告知事項および別表1・2をご確認のうえ、告知ください。(新規加入・増額以外の方はご記入不要です。)

ご本人様	③申込区分	④被保険者(加入者)氏名	⑥告知	⑦性別	⑧生年月日	⑨申込内容				
	0	1. 新規加入 2. 変更	カネ氏名	告知事項(1)(2) 告知事項(3)(4)	① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成 ⑤ 令和	入院給付金日額(円) 15,000 10,000 5,000 4,000 3,000 円			
	⑩	⑪給付金受取人				税理士事務所名				
		① 被保険者				代表者税理士登録番号				

※配偶者様・お子様だけのご加入はできませんので、ご本人様とのセットでお申込みください。  
なお、配偶者様・お子様の入院給付金日額は、ご本人様の入院給付金日額以下でお申込みください。  
※お子様は、加入資格を満たすお子様のうち、当契約に定める加入年齢範囲内のお子様全員について同額にてお申込みください。

配偶者様	③申込区分	④被保険者(加入者)氏名	⑥告知	⑦性別	⑧生年月日	⑨申込内容				
	1	1. 新規加入 2. 変更	カネ氏名	告知事項(1)(2) 告知事項(3)(4)	① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成 ⑤ 令和	入院給付金日額(円) 15,000 10,000 5,000 4,000 3,000 円			
お子様	2	カネ氏名	告知事項(1)(2) 告知事項(3)(4)	① 男 ② 女	④ 平成 ⑤ 令和	10,000 5,000 4,000 3,000 円				
	3	カネ氏名	告知事項(1)(2) 告知事項(3)(4)	① 男 ② 女	④ 平成 ⑤ 令和	10,000 5,000 4,000 3,000 円				
	4	カネ氏名	告知事項(1)(2) 告知事項(3)(4)	① 男 ② 女	④ 平成 ⑤ 令和	10,000 5,000 4,000 3,000 円				
	5	カネ氏名	告知事項(1)(2) 告知事項(3)(4)	① 男 ② 女	④ 平成 ⑤ 令和	10,000 5,000 4,000 3,000 円				
	5	カネ氏名	告知事項(1)(2) 告知事項(3)(4)	① 男 ② 女	④ 平成 ⑤ 令和	10,000 5,000 4,000 3,000 円				

\* 配偶者様およびお子様の給付金受取人は、ご本人様の給付金受取人と同一となります。

(注) お子様15歳未満のときは、親権者全員の同意を得たうえで、親権者がお子様の氏名をご署名ください。  
お子様が15歳以上の未成年のときは、親権者全員から同意を得たうえで、お子様ご自身がご署名ください。

加入申込書のご提出にあたってのお願い

パンフレットの内容(契約概要、注意喚起情報、個人情報の取扱等)を了承し同意されて引受保険会社にご提出いただいておりますので、ご契約の成立・不成立に関わらず書類の返却はいたしません。

- ◎本加入申込書控は制度内容に関するパンフレット(契約概要・注意喚起情報を含みます)とともに大切に保管願います。なお、お申込みいただいてもご加入・増額ができない場合があります。
- ◎保障内容等、ご加入内容の詳細につきましては制度内容に関するパンフレット(契約概要・注意喚起情報を含みます)にてご確認ください。
- ◎ご家族の方にもこの保険の内容についてあらかじめご説明ください。

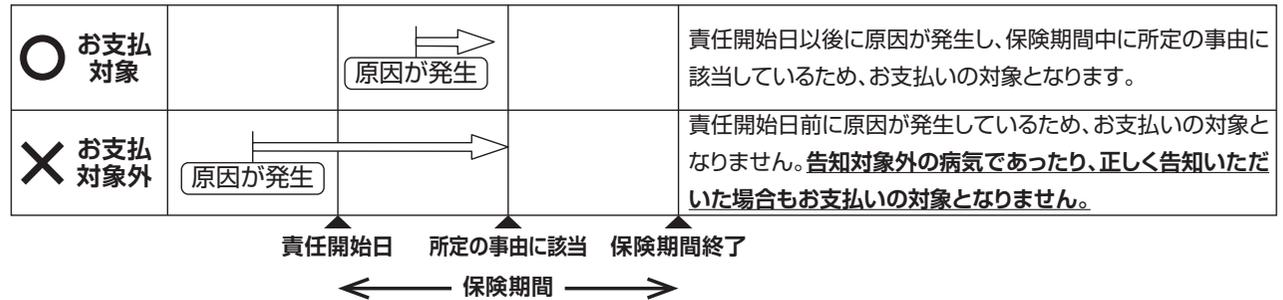
保険金等のご請求手続きについて(保険金等をもれなくご請求いただくために)

団体保険の保険金等のご請求は、保険契約者を通じてのお手続きとなります。ご加入内容から、お支払事由に「該当するのでは?」と思われる場合には、保険契約者の事務担当者様経由、ご請求手続きをおとりください。また、ご不明な点がございましたら、保険契約者の事務担当者様にご確認いただくか、第一生命へご照会ください。第一生命では、団体保険におけるご請求手続きに関する留意事項やお支払いできる場合、お支払いできない場合の具体的事例などをご案内した「団体保険における保険金・給付金のお支払いについて」をホームページに掲載しております。保険契約者向けに作成しておりますが、保険金等をもれなくご請求いただくために、被保険者様およびそのご家族の方もぜひご覧ください。  
(第一生命ホームページ <https://www.dai-ichi-life.co.jp/>)  
他の保険契約へのご加入がある場合、そのご契約の保障内容をご確認いただき、お支払事由に該当する場合には別途お手続きをおとりください。

第一生命保険株式会社 団体保障事業部 TEL: 0120-709-471 (団体保険総合受付フリーダイヤル)  
受付時間 9:00~17:00 (土・日・祝日・年末年始を除く)

告知にあたりご留意いただきたいこと

- ・保険金(死亡保険金除く)・給付金のお支払いは、原因となる傷病や不慮の事故等が責任開始日以降に生じた場合に限りです。
- ・責任開始日前に原因となる傷病や不慮の事故等が生じている場合には、上記の保険金・給付金のお支払いの対象となりません。また、その傷病歴等について正しく告知した場合でもお支払い対象となりません。
- ただし、医療保障保険(団体型)・新医療保障保険(団体型)については、責任開始日から起算して2年を経過した後に開始した入院、手術等については、お支払いの対象となることがあります。
- ※保障の内容については契約ごとに異なりますので、パンフレットをご確認ください。

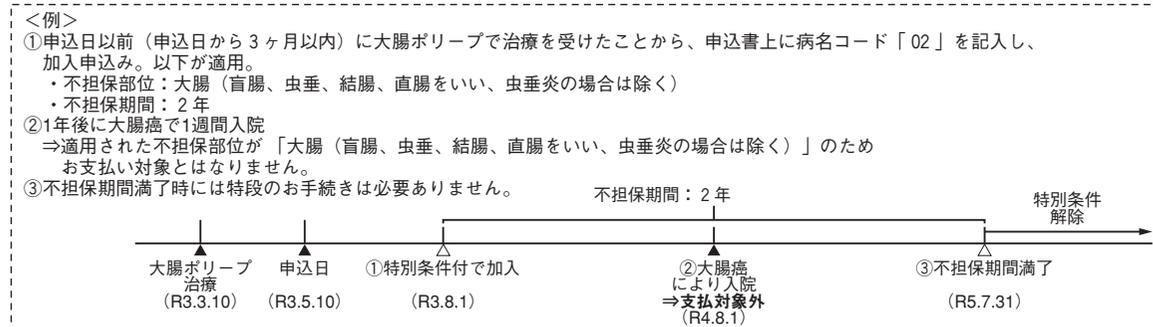


【医療・新医療】(団体型)特定疾病・部位不担保特約について

医療・新医療保障保険(団体型)の告知事項(3)(4)について別表2の「[A]該当する病気など」に該当する場合、「特定疾病・部位不担保特約」付でのお引受けとなります。その場合、「[B]不担保疾病・部位」について「[C]不担保期間」の間、お支払いの対象となりません。

<特定疾病・部位不担保とは>

申し込まれる方の健康状態や過去の傷病歴などが、当社の定める取扱基準に適合しないときに、特定の疾病または身体特定の部位・臓器に生じた疾病を直接の原因として入院給付金などのお支払事由が生じた場合には一定期間入院給付金などをお支払いしないこととしてご加入(増額)いただくものです。



# <脱退の手続き>

脱退通知書はP.15の用紙をコピーの上ご使用ください。

- 毎月1日付にて、退職等による脱退(保険料払込停止)のお手続きが可能です。
- 脱退年月の前月20日迄に、日本税協連福祉会事務局に書類が到着するようにお手続きください。  
なお、5月(更新月)の締切日は3月末日です。
- ※書類のご提出が遅れますとご希望の脱退年月で手続きできません。お早めに書類をご提出いただきますようお願いいたします。

次の場合には速やかに脱退のお手続きをおとりください。

- ・ご加入者が死亡・退職されたとき。
- ・配偶者・お子さまについて、ご本人と同一の戸籍でなくなったとき。
- ・お子さまが就職等の理由によりご本人の公的医療保険制度における被扶養者でなくなったとき。(資格喪失)  
※お子さまが資格喪失以外で脱退される場合、すべてのお子さまについて脱退手続きをおとりください。

## ●記入要領(脱退通知書)

- ・退職日または死亡日の翌月が脱退年月となります。  
(例)3月31日で退職の方は脱退年月は4月 → 3月20日までに書類到着が必要です。
- ・記入事項を訂正または抹消される場合は、=(二重線)を引いて、必ず事業所事務担当者様の訂正署名(フルネーム)または訂正印を押印ください。
- ・被保険者番号は送付しております被保険者名簿にてご確認の上、転記ください。

### <記入箇所>

- 1 保険契約者(代表者欄)**  
日本税協連福祉会事務局にて記入するため、ご記入は不要です。
- 3 記入日(和暦)**  
本通知書の記入日を和暦でご記入ください。
- 6 脱退年月日**  
毎月20日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日脱退です。  
※日本税協連福祉会事務局宛に事務所閉鎖のご連絡をいただいても、保険料払込停止にはなりません。必ず「脱退通知書」をご提出願います。
- 7 被保険者名・被保険者番号**  
被保険者名はカタカナでご記入ください。  
※「エ・コ・ユ」「シ・ツ」「ア・マ」「ク・ワ」「ソ・リ・ン」は、わかりやすくご記入ください。

## <ご加入者の事項に関する諸変更手続き>

各種変更通知書はP.16～P.18の用紙をコピーの上ご使用ください。

- 変更・訂正が生じた場合は速やかに手続書類をご提出ください。
- 毎月10日迄に日本税協連福祉社会事務局に到着した書類について、翌月1日より変更いたします。

### ●記入要領

- ・記入事項を訂正または抹消される時は、=(二重線)を引いて、必ず事業所事務担当者様の訂正署名(フルネーム)または訂正印を押印ください。
- ・所属、被保険者番号は送付しております被保険者名簿にてご確認の上、転記ください。
- ・生年月日の相違で訂正する場合には、保険料に変動を生じる場合があります。

- <記入箇所>
- 1 保険契約者(代表者欄) 日本税協連福祉社会事務局にて記入するため、ご記入は不要です。
  - 3 記入日(和暦) 本通知書の記入日を和暦でご記入ください。
  - 6 変更年月日
  - 7 または 8 被保険者名・被保険者番号 カタカナでご記入ください。  
※「エ・コ・ユ」「シ・ツ」「ア・マ」「ク・ワ」「ソ・リ・ン」は、わかりやすくご記入ください。

【団体番号・被保険者番号変更(訂正)通知書】  
被保険者番号を変更するとき(P.16)

【被保険者項目変更(訂正)通知書】  
氏名・生年月日・性別を変更するとき(P.17)

【所属変更通知書】  
所属コードを変更するとき(P.18)

◎ 代表者が変更になったときは以下①～④のご提出が必要です。

- ① 預金口座振替依頼書(記入例P.14)
- ② 団体番号・被保険者番号変更(訂正)通知書(P.16)
- ③ 所属変更通知書(P.18)
- ④ 日本税協連福祉社会 入会申込書(新代表者の方 P.20)

## <給付金のご請求>

入院・手術などP.4に記載の給付金支払い事由(1. 制度の概要(1)～(5))に該当された場合には、速やかに日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。必要な書類および手続方法についてご案内いたします。

- ・必要事項を日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。
  - ・給付金請求には、入院証明書等の所定の書類が必要となります。
  - ・すべての入院給付金等の受取人は主契約の被保険者(ご本人)となります。
- ※給付金が支払われない場合があります。(詳細はパンフレットを参照ください)

日本税協連福祉会事務局  
〒141-0032 東京都品川区大崎1-11-8 日本税理士会館4階

TEL 03-5740-0920  
FAX 03-5740-0921

支払事由が発生して不明な点がある場合等は、入院・手術給付金支払に際し、会員事務所・加入者・ご遺族(家族)・担当医等に状況を確認させていただくことがございます。

## <保険料の振替>

- 保険料の振替は、毎月28日(土日祝祭日の場合翌営業日)となります。
- 保険料の振替は収納代行会社「第一ライフペイメント株式会社(※)」に委託し、ご指定の金融機関口座から自動振替となります。  
※第一生命カードサービス株式会社は、2026年4月1日に社名を第一ライフペイメント株式会社に変更しました。

## <保険料振替に際しご留意いただく点>

### ○保険料(保険料)について

- ・会員事務所の口座より一括して振替いたします。

### ○口座の変更について

- ・口座の変更は毎月可能ですが、毎月10日までにご提出いただいた分について、翌月の振替から変更となります。  
変更の必要がある場合には、お早めにお手続きいただきますようお願いいたします。

※書類のご提出が遅れた場合は変更月が繰り下がります。

### ○保険料が振替できなかった場合の取扱い

- ・口座残高不足等により保険料の振替ができなかった場合には、翌月28日(土日祝祭日の場合は翌営業日)に2カ月分の保険料の振替を行います。
- ・翌月に2カ月分の振替ができない場合には、保険料の未入金月の1日に遡って自動的に本制度から脱退となり保障はなくなりますので十分ご注意ください。  
なお一旦ご契約が失効しますと、失効日以降の保険事故について、たとえその原因が猶予期間内やそれ以前に発生していても、給付金のお支払いができなくなりますのでご注意ください。

(例)5月・6月続けて振替できなかった場合、5月1日での脱退となり保障は4月末日までとなります。

## <第一ライフペイメント 振替日程>

保険料充当年月	振替日
2026年 5月	5月28日 (木)
6月	6月29日 (月)
7月	7月28日 (火)
8月	8月28日 (金)
9月	9月28日 (月)
10月	10月28日 (水)
11月	11月30日 (月)
12月	12月28日 (月)
2027年 1月	1月28日 (木)
2月	3月1日 (月)
3月	3月29日 (月)
4月	4月28日 (水)

# <預金口座振替依頼書記入方法>

①委託者コード(290)、②顧客番号および「1 新規 2 変更 にマル」をご記入ください。

※税理士事務所ごとに預金口座振替依頼書をご記入ください。

## 【記入方法】

○「預金口座振替依頼書」の右上部「1. 新規・2. 変更」区分について、下記に従って○をご記入ください。

- ・新規口座振替開始の方 → 「1. 新規」
- ・事務所名や代表者、登録口座変更を希望される方 → 「2. 変更」

○「団体記入欄」の委託者コード(3桁)は「290」とご記入ください。

○「顧客番号」は「加入申込書兼告知書」の「所属」欄と同様の番号(10桁)をご記入ください(P.6)。

○「お申込者」欄の「氏名」には事務所名をご記入ください。

○帳票は、4枚複写です。

- ・1枚目「①金融機関用」・2枚目「②DSC用」・3枚目「③団体控」をご提出ください。
- ・お客さまが直接金融機関にお持込みされ、「①金融機関用」を提出済の場合は、2枚目「②DSC用」・3枚目「③団体控」のみご提出ください。

※ 印相違のなきよう、お届け印であることを十分確認ください。

○登録情報を変更する場合

- (1) 口座情報を変更する場合(同時に事務所名や代表者等を変更する場合)  
新規と同様に、「預金口座振替依頼書」に必要事項をご記入、ご捺印のうえ、ご提出をお願いします。その際、右上部「2. 変更」に○をご記入ください。
- (2) 住所および電話番号のみを変更する場合は事務局にご連絡ください。

「預金口座振替依頼書」は複写帳票のため、事務局より送付いたしますので、お申しつけください。

振替口座をご記入ください。

事務所名をご記入ください。

金融機関お届け印であることを確認のうえ、4枚、合計6カ所とも押印ください。

※事務所の口座をご記入ください。(フリガナもお忘れなくご記入ください)

金融機関使用欄

種	印	印	受

新医療保障保険 (団体型)・医療保障保険 (団体型)  
脱 退 通 知 書



第一生命保険株式会社 (事務幹事会社) 行

以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

1 ~ 7 の欄に、ご記入ください。

2 この通知書の 1 ページ ~ 1 ページ に記載された事項は事実と相違ありません。

同じ脱退年月日で複数枚ご提出の場合は、最終ページをご記入ください。ご記入ある場合は契約者欄は1ページ目のみの記入で結構です。

3 記入日 (和暦) 年 月 日

ページをご記入ください。ご記入ある場合は契約者欄は1ページ目のみの記入で結構です。

4 団 体 番 号 104117193010 結 合 番 号 17 010 19

5 ページ 29 32 1

6 脱退年月日 (和暦) 年 月 日 33 01 38

脱退年月日は、退職等で加入資格を失われた日の翌月当日(通常は1日)となります。

必ずご記入ください。

本配子区分は、誤00のないよう以下を確認のうえ、必ずご記入ください。  
0:本人 1:配偶者 2~9:子供

7 被保険者番号は、誤りのないよう必ず被保険者名簿を確認のうえ、右詰めでご記入ください。

手続上記入の必要はございませんが、必要に応じてご利用ください。

被 保 険 者 名 ( カ ナ ナ ) « 契 約 者 使 用 欄 »	申 出 内 容	被 保 険 者 番 号 ( 右 詰 )	本配子区分
1	1 脱退	43	54
2	1 脱退	74	85
3	1 脱退	105	116
4	1 脱退	136	147
5	1 脱退	167	178
6	1 脱退	198	209
7	1 脱退	229	240
8	1 脱退	260	271
9	1 脱退	291	302
10	1 脱退	322	333

「主たる被保険者(本人)」が脱退する場合には、「配偶者」および「子供」は自動脱退することとなります。この場合、「配偶者」および「子供」のご記入は必要ありません。

注意 1.お手続きが遅れた場合、お申し出どおりの取扱をいたしかねる場合がございます。あらかじめご了承ください。  
注意 2.死亡脱退の場合、必ず保険金請求書類をご提出ください。(死亡保険金が付加されている方のみ)  
注意 3.訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、赤白部分で訂正者の押印またはご署名(ワルネーム)のうえ、正しい内容をご記入ください。

第一生命使用欄

伝 票 コ ー ド

K30.00640

<連絡欄>

点検	団体保障事業部	入力後点検
入力		

団体保障事業部  
受付印

書類受領所管  
受付印



新医療保障保険 (団体型) ・医療保障保険 (団体型)  
**団体番号・被保険者番号変更(訂正)通知書**



第一生命保険株式会社 (事務幹事会社) 行

以下のとおり、団体番号(結合番号)および、被保険者番号の変更(訂正)を通知します。

**1** ~ **8** の欄にご記入ください。

**1**

日本税協連福祉会

団体名	日本税協連福祉会	
代表者	契約者	

**2** この通知書の **1 ページ** ~ **1 ページ** に記載された事項は事実と相違ありません。

同じ変更年月日で複数枚ご提出の場合は、最終ページをご記入ください。ご記入ある場合は契約者欄は1ページ目のみで記入で結構です。

ページをご記入ください。ページがある場合は契約者欄は1ページ目のみで記入で結構です。

変更年月日は、変更された日の翌月応当日(通常は1日)となります。

記入日(和暦)  
 年 月 日

団体番号(変更前) 結合番号  
 0417193000

ページ  
 1

変更年月日(和暦)  
 年 月 日  
 011

団体番号(変更後) 結合番号  
 000

団体番号の変更がない場合でも必ずご記入ください。

変更区分  
 00

強 制 区 分  
 0: 団体番号(結合番号)のみ変更  
 1: 団体番号(結合番号)および、被保険者番号の変更  
 0か1のいずれかの記載要

手続上記入の必要はございませんが、必要に応じてご利用ください。

被保険者番号は、誤りのないよう必ず被保険者名簿を確認のうえ、右詰めでご記入ください。

**8** 被保険者名(カナ) 被保険者使用欄

「主たる被保険者(本人)」を変更すると、「配偶者」および「子供」も同時に変更されます。この場合、「配偶者」および「子供」の正しい内容をご記入ください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
72	95	118	141	164	187	210	233	256	279
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
73	96	119	142	165	188	211	234	257	280
83	106	129	152	175	198	221	244	267	290

注意 1. 番号変更(訂正)と同時に給付金・保険金変更がある場合は、該当の変更通知書を、所属変更がある場合は「所属変更通知書」を併せてご提出ください。  
 注意 2. お手続きが離れた場合、お申し出とおりの取扱をいたしかねる場合がございます。あらかじめご了承ください。

伝票コード  
**K30・0A050**

団体保障事業部  
 入力後点検

<連絡欄>



新医療保障保険 (団体型) ・医療保障保険 (団体型)  
**被保険者項目変更 (訂正) 通知書**

(被保険者名・生年月日・性別)

第一生命保険株式会社 (事務幹事会社) 行

以下のとおり、被保険者の項目変更および訂正を通知します。

**1** ~ **7** の欄に、ご記入ください。



日本税協連福祉会

団体名	日本税協連福祉会
代表者	契約者

**2** この通知書の **1** ページ ~ **1** ページ に記載された事項は事実と相違ありません。  
 同じ変更年月日で複数枚で提出の場合は、最終ページをご記入ください。  
 ご記入ある場合は契約者欄は1ページ目のみの記入で結構です。

**3** 記入日 (和暦) 年 月 日

ページをご記入ください、ご記入ある場合は契約者欄は1ページ目のみの記入で結構です。

**4** 団 体 番 号 結 合 番 号  
 0 4 1 1 7 1 9 3 0 1 0

**5** ページ  
 29 32 1

**6** 変更年月日 (和暦) 年 月 日  
 33 38 0 1 1

変更年月日は、変更された日の翌月応当日 (通常は1日) とお入りください。

**7** 被保険者番号は、誤りのないよう必ず被保険者名簿を確認のうえ、右詰めでご記入ください。  
 本配子区分は、誤りのないよう以下を確認のうえ、必ずご記入ください。  
 0:本人 1:配偶者 2~9:子供

<変更項目①> 被保険者名を変更する場合、ご記入ください。

<変更項目②> 生年月日を変更する場合、ご記入ください。

<変更項目③> 性別を変更する場合、ご記入ください。

被 保 険 者 番 号 ( 右 詰 )	本配子区分
39	49
81	91
123	133
155	175
207	217
249	259
291	301
333	343
375	385
417	427

① 被 保 険 者 名 (カナ)	② 生 年 月 日 (和 暦)	③ 性別
51	70	71 72 77 78 3 昭 年 月 日 1 男 4 平 年 月 日 2 女
93	112	113 114 119 120 3 昭 年 月 日 1 男 4 平 年 月 日 2 女
135	154	155 156 161 162 3 昭 年 月 日 1 男 4 平 年 月 日 2 女
177	196	197 198 203 204 3 昭 年 月 日 1 男 4 平 年 月 日 2 女
219	238	239 240 245 246 3 昭 年 月 日 1 男 4 平 年 月 日 2 女
261	280	281 282 287 288 3 昭 年 月 日 1 男 4 平 年 月 日 2 女
303	322	323 324 329 330 3 昭 年 月 日 1 男 4 平 年 月 日 2 女
345	364	365 366 371 372 3 昭 年 月 日 1 男 4 平 年 月 日 2 女
387	405	406 407 413 414 3 昭 年 月 日 1 男 4 平 年 月 日 2 女
429	448	449 450 455 456 3 昭 年 月 日 1 男 4 平 年 月 日 2 女

注意 1. お手続きが遅れた場合、お申し出とお00の取扱をいたしたくなる場合がございます。  
 あらかじめご了承ください。  
 注意 2. 訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、余白部分に訂正者の押印またはご署名(ワルナーA)のうえ、正しい内容をご記入ください。

変更がない項目のご記入は不要です。

伝 票 コ ー ド

K30.00720

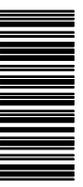
<連絡欄>

第一生命 使用欄

点検	団体保障事業部	入力後点検
入力		

団体保障事業部  
 受付印

書類受領所管  
 受付印



2939120019

新医療保障保険 (団体型) ・医療保障保険 (団体型)  
**所属変更通知書**



第一生命保険株式会社 (事務幹事会社) 行

以下のとおり、被保険者の所属変更を通知します。

**1** ~ **7** の欄に、ご記入ください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
保 険 約 者	代 表 者	日 本 税 協 連 福 祉 会							
保 險 約 者	代 表 者								

**2** この通知書の **1** ページ ~ **1** ページに記載された事項は事実と相違ありません。

同じ変更年月日で複数枚ご提出の場合は、最終ページをご記入ください。ご記入ある場合は契約者欄は1ページ目のみで記入で結構です。

**3**

年	月	日

ページをご記入ください。ご記入ある場合は契約者欄は1ページ目のみで記入で結構です。

**4**

団 体 番 号	結 合 番 号
0 4 1 7 1 9 3 0 0 0	1 7 1 9 3 0 0 0

**5**

ペ ー ジ
1 1 1

**6**

変 更 年 月 日 (和 暦)
年 月 日
0 1 1

変更年月日は、変更された日の翌月応当日 (通常は1日) となります。

手続き上記入の必要はございませんが、必要に応じて利用ください。

**7** 被保険者番号は、誤りのないよう必ず被保険者名簿を確認のうえ、右詰めでご記入ください。

かみまたはコードで、左詰めでご記入ください。

被 保 険 者 名 ( カ ナ ) 《 契 約 使 用 欄 》	被 保 険 者 番 号 ( 右 詰 )	新 所 属 ( 左 詰 )
1	39	51
2	82	94
3	125	137
4	168	180
5	211	223
6	254	266
7	297	309
8	340	352
9	383	395
10	426	438
		457

注意 1. お手続きが遅れた場合、お申し出おのりの取扱をいたしかねる場合がございます。あらかじめご了承ください。  
 注意 2. 訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、余白部分に訂正者の押印またはご署名(フルネーム)のうえ、正しい内容をご記入ください。

第一生命 使用欄

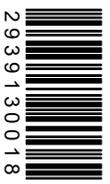
伝 票 コ ー ド

**K30.00730**

<連絡欄>

団体保障事業部	入力後点検
点検 入力	

団保【窓】05179-04 2021.1 保存期間 3年



# 日本税協連福祉社会会則

(平成8年10月31日制定)  
変更 平成12年9月6日  
変更 平成13年9月4日  
変更 平成18年3月29日  
変更 平成27年9月11日

## 第1章 総 則

(名 称) 本会は日本税協連福祉社会と称する。

(事務所) 第2条 本会の事務所は、東京都品川区にある日本税理士協同組合連合会（以下、「日本税協連」という。）内に置く。

(目的) 第3条 本会は、会員の経済的地位の向上と、その従業員の福祉の増進を図ることを目的とする。

## 第2章 事 業

(事 業) 第4条 本会は、第3条の目的を達成するため、次の事業を行う。

(1) 会員の福祉・厚生に関する事業

(2) その他目的達成のために必要と認められる事業

## 第3章 会 員

(会 員)

第5条 本会の会員は、日本税協連の会員及び所属会員並びにその組合員で、本会の趣旨に賛同する事業者とする。

2 本会に入会するにあたっては、所定の入会申込書を提出するものとする。

(脱 退)

第6条 会員は、あらかじめ本会に通知した上で、事業年度の終わりに脱退することができる。

2 前条に定める会員資格を喪失した場合は、事業年度の終わりををもって本会より脱退したものとす。

## 第4章 代議員

(代議員)

第7条 本会に代議員を置く。

2 代議員は、30名以内とする。

3 代議員は、日本税協連の理事の職にある者がこれにあたる。ただし、員外理事を除くものとする。

(代議員の任期)

第8条 代議員の任期は、日本税協連の役員の職にある期間とする。

## 第5章 役 員

(役 員)

第9条 本会には、次の役員を置く。

(1) 会長 1人 (日本税協連の理事長の職にある者)

(2) 副会長 2人以内 (日本税協連の副理事長の職にある者)

(3) 専務理事 1人 (日本税協連の専務理事の職にある者)

(4) 常務理事 6人以内 (日本税協連の常務理事の職にある者)

(5) 監事 3人以内 (日本税協連の監事の職にある者。ただし、員外監事を除くものとする。)

(役員任期)

第10条 役員任期は、日本税協連の役員の職にある期間とする。

(会長、副会長、専務理事、常務理事の職務)

第11条 会長は、本会を代表し、本会の業務を執行する。

2 副会長は、会長を輔佐し、会長が事故又は欠員るときは、あらかじめ定められたところにしたがい、その職務を代理し、又は代行する。

3 専務理事は、会長及び副会長を輔佐して、本会の業務を執行し、会長及び副会長がともに事故又は欠員るときは、その職務を代理し、又は代行する。

4 常務理事は、会長、副会長及び専務理事を輔佐して、本会の業務を執行し、会長、副会長及び専務理事がともに事故又は欠員るときはあらかじめ定められたところにしたがい、その職務を代理し、又は代行する。

(監事の職務)

第12条 監事は、何時でも、会計の帳簿及び書類の閲覧若しくは謄写をし、又は役員及びその他の職員に対し、会計に関する報告を求めることができる。

2 監事は、その職務を行うために特に必要があるときは、本会の業務及び財産の状況を調査することができる。

## 第6章 総 会

(総 会)

第13条 総会は代議員をもって構成する。

2 総会は通常総会及び臨時総会とする。

3 通常総会は、毎事業年度終了後2月以内に、臨時総会は必要があるときは何時でも役員会の議決を経て会長が招集する。

4 総会は、代議員の過半数の出席がなければ開くことができない。ただし、委任状

による出席を認めることができる。

5 総会は、会長を議長とし、その議長は、出席した代議員の過半数をもって決し、可否同数の場合は、議長が決する。

(総会の議決事項)

第14条 次の各々に掲げる事項は、総会の議決を経なければならない。

(1) 会則の変更

(2) 毎事業年度の予算及び事業計画

(3) 毎事業年度の決算及び事業報告

(4) 会費の種類

(5) その他重要な事項

(総会の議事)

第15条 総会の議事については、次の事項を記載した議事録を作成しなければならない。

(1) 開催の日時、場所

(2) 代議員の定数及び総会に出席した代議員の数

(3) 議事の経過の要領

(4) 決議した事項とその賛否の数

2 議事録には、議長及び総会で定めた2名以上の出席役員が署名しなければならない。

## 第7章 役員会

(役員会)

第16条 役員会は、会長、副会長、専務理事及び常務理事をもって構成する。

2 役員会は、会長が招集する。

3 役員会は、毎日の7日前までに日時、場所及び議案等を記載した書面を添送し、通知しなければならない。ただし、会長が必要と認めるときは、期間を短縮し、又は、書面によらない方法で通知することができる。

4 役員会は、会長を議長とし、その議決は、出席した役員の過半数をもって決し、可否同数の場合は会長が決する。

(役員会の議決事項)

第17条 次の各々に掲げる事項は、役員会の議決を経なければならない。

(1) 総会に提出する議案

(2) 本会の業務執行に関する事項

(3) その他役員会において必要と認めた事項

(役員会の職務)

第18条 役員会の議事録については、第15条の規定を準用する。

## 第8章 事務局

(事務局の設置及び事務の委託)

第19条 本会は、事務局を設置することができる。

2 事務局は必要数の職員を配置し、任知は会長が行うものとする。

3 本会の事務は、日本税理士協同組合連合会に委託することができる。

## 第9章 会 計

(事業年度)

第20条 本会の事業年度は、毎年8月1日から始まり、翌年7月31日をもって終了する。

(経 費)

第21条 本会の経費は、会費、その他の収入を充てる。

(剰余金の処理)

第22条 日本税協連福祉社会生命共済制度（団体定期保険）の剰余金については、本制度の安定、拡充に資するため、剰余金の一部を控除することができる。

(剰余金)

第23条 毎事業年度の決算により剰余金を生じた時は、その全額を翌年度に繰り越すものとする。

附 則

第1条 本会則は、平成8年10月31日から施行する。

第2条 最初の事業年度は、第20条の規定にかかわらず、本会の設立の日から平成9年7月31日までとする。

附 則

この改正規定は、平成13年1月22日から施行する。

附 則

この改正規定は、平成13年9月4日から施行する。

附 則

この改正規定は、平成18年3月29日から施行する。

附 則

この改正規定は、平成27年9月11日から施行する。

