

# 要 保 管

各種手続き用紙及び記入例が掲載されています

令和8年度

## 日本税協連福祉会 事務の手引き 生命共済制度「優Youプラン」・3大疾病保障共済制度 ～加入・各種変更及び保険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

### 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

＜受託生命保険会社＞作成時点		
商品	事務幹事会社	引受保険会社
生命共済制度「優Youプラン」	住友生命保険相互会社	日本生命保険相互会社・ジブラルタ生命保険株式会社・大同生命保険株式会社 明治安田生命保険相互会社・富国生命保険相互会社・第一生命保険株式会社
3大疾病保障共済制度		住友生命保険相互会社



# 【帳票はコピーのうえ、ご使用ください】

## <目次>

<生命共済制度「優Youプラン」> .....	P.1
加入手続き .....	P.1
【帳票】生命共済制度 加入申込書(会社掛) .....	P.2
脱退の手続き .....	P.3
【帳票】生命共済制度 脱退通知書 .....	P.4
保険金額の変更手続き .....	P.5
【帳票】生命共済制度 保険金額変更申込書 .....	P.6
ご加入者の事項に関する諸変更手続き .....	P.7
【帳票】生命共済制度 変更通知書 .....	P.8
保険金のご請求 .....	P.9
<3大疾病保障共済制度> .....	P.10
<b>会社掛</b> (事業所一括加入型)	
加入手続き .....	P.11
【帳票】3大疾病保障共済制度 加入申込書<会社掛> .....	P.12
保険金額の変更手続き .....	P.13
【帳票】3大疾病保障共済制度 保険金額変更申込書<会社掛> .....	P.14
保障内容等の概要 .....	P.15
<b>個人型</b>	
加入手続き .....	P.16
【帳票】3大疾病保障共済制度 加入申込書<個人型> .....	P.17
保険金額の変更手続き .....	P.18
【帳票】3大疾病保障共済制度 保険金額変更申込書<個人型> .....	P.19
<b>会社掛・個人型</b> 共通帳票	
脱退の手続き .....	P.20
【帳票】3大疾病保障共済制度 脱退通知書<会社掛・個人型> .....	P.21
脱退時のご説明文書(保険金のお支払事由に該当されていないかご確認ください) .....	P.22
ご加入者の事項に関する諸変更手続き .....	P.23
【帳票】3大疾病保障共済制度 変更通知書<会社掛・個人型> .....	P.24
保険金のご請求 .....	P.25
<会員事務所登録事項の変更手続きについて・その他ご留意いただく点> .....	P.26
<掛金の振替> .....	P.27
<保険年齢早見表> .....	P.28

# 加入手続き

加入申込書はP.2の用紙をコピーの上で使用ください。

- 毎月1日付にて、採用等による中途加入のお手続きが可能です。
- 加入月の前月10日迄に、日本税協連福祉会事務局に書類が到着するようにお手続きください。  
5月(更新月)の締切日は、令和8年3月31日です。

## 加入申込書の記入要領

- ・下記の記入要領をご参照のうえ、楷書でもれなくご記入ください。
- ・加入にあたり、ご加入者の同意をいただき、被保険者自署欄に漢字フルネームで署名いただいでください。
- ・記入事項を訂正または抹消されるときは、= (二重線) を引いて、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム) または訂正印を押印**ください。  
但し、**主契約保険金額訂正の場合は、事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名(漢字フルネーム) または訂正印を押印**ください。
- ・所属コード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。

① **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)をご記入ください。 **加入申込書ご記入例**

② **加入年月** 毎月10日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日加入です。

③ **会員事業所名・代表者名・事務担当者名** 必ずご記入ください。

④ **所属コード** 被保険者名簿より転記ください。

⑤ **被保険者名** 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。

⑥ **主契約保険金額** パンフレットをご参照のうえ、ご記入ください。

⑦ **告知事項** ご加入のお申込みの場合は必ずご確認ください。  
一旦加入いただければ、その後告知事項に該当しても同額もしくはそれ以下の保険金額で継続加入いただけます。  
加入のお申込みをされる方の中に、告知事項の1または2に該当する方がいないことをご確認のうえ、告知事項に対する回答として、「いません」を○で囲んでください。  
告知事項1または2に該当する方は加入のお申込みはできません。

⑧ **被保険者自署** 被保険者となることに同意される方本人に、漢字フルネームで署名いただいでください。  
他の被保険者と同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。

**生命共済制度 加入申込書(会社掛)** (契約者)日本税協連福祉会様

以下の事項を必ずお読みください。加入届出が承認されたことを確認し、返却(告知日)付で本会事務局へお返しをお願いします。

住友生命保険相互会社 行  
証券番号547553900 取締番号0000001

① 申込日(告知日) ② ご加入年月  
令和〇〇年〇〇月〇〇日 令和〇〇年〇〇月

③ 新加入 ④ 告知事項  
0 2 1 0 1 0 1 2 3 4 5 毎月10日締切 翌月1日加入

⑤ 理解し、記載の内容で本制度の被保険者となること、および下記⑥のお取扱いについてご同意します。

1. 新たに加入を申し込まれる方は、加入資格のある方に限ります。加入資格については加入案内用紙(伊丹・アール・エフ)等に記載しております。ご契約者は、事業所および申込者加入資格があることを確認し、加入申請書(告知日)を提出してご承認ください。

2. 「被保険者(告知日)欄」には、事業所および申込者加入資格があること、事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム) または訂正印を押印してください。

3. 加入案内用紙に記載された事項(告知日)欄の内容を了解し、申込内容が前項(告知日)欄に当たったものであることを確認の上、被保険者に契約内容を通知し、同意が得られたことを確認し、告知日欄に「告知日」を記入し、告知日欄に「告知日」を記入してください。

4. 告知事項の1または2に該当する方がいないことを確認の上、告知事項に対する回答として、「いません」を○で囲んでください。

5. 告知事項の1または2に該当する方がいる場合は、告知事項に対する回答として、「います」を○で囲んでください。

6. 告知事項の1または2に該当する方がいる場合は、告知事項に対する回答として、「います」を○で囲んでください。

住友生命使用欄:個人コード(11桁)	被保険者名(カタカナでご記入ください)	性別	生年月日	主契約保険金額	被保険者自署(漢字フルネーム)
	ニホン タロウ	男	50年6月1日	1000万円	日本 太郎
	スミセイ ハナコ	女	60年7月18日	800万円	住生 花子
	セイ(姓)	メイ(名)	年月日	万円	必ず記入ください。
	セイ(姓)	メイ(名)	年月日	万円	必ず記入ください。
	セイ(姓)	メイ(名)	年月日	万円	必ず記入ください。

7 告知事項

加入のお申込みをされる方の中に、1または2に該当する方がいないことをご確認のうえ、告知事項に対する回答として「いません」を○で囲んでください。

1または2に該当する方は加入の申込みはできません。(告知事項に該当しなかった時点で加入いただけますので、速やかに手続きをお願いします。)もし、告知事項に該当するにもかかわらず加入された場合には、「告知義務違反」として保険金や給付金のお支払いができませんことがあります。

新たに加入する方について、次の1または2に該当する方はいますか。 いません ※必ず○で囲んでください。

1. 告知日現在、病気や外傷のため欠勤している方(傷病治療のため公休・休暇などで欠勤している方を含む)

2. 告知日前1年間で、病気や外傷のため2週間以上継続して欠勤した方(傷病治療のため公休・休暇などで欠勤した方を含む)

【個人情報のお取り扱いについて】 この保険の運用に当たっては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名、住所等を(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社に提供し、生命保険会社は、受領した個人情報、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連する業務のために利用し、また、団体、生命保険会社および再保険会社により再保険会社に提供し、なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際には、それ以上上記に準じ個人情報を取り扱います。

(注) 保険金等の支払(セシティア)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。

※本サービスは、令和11年3月31日現在

## 告知についての注意事項

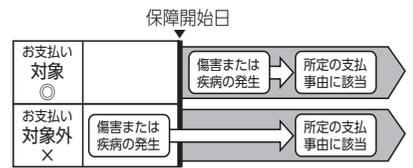
### 勤務状況などについてありのままを正しくお知らせください

申込者には、被保険者となる方の現在および過去の勤務状況などについて正しく告知していただく義務があります。当社所定の帳票の「告知事項欄」でお知らせいただいたことが告知となります。

- 生命保険は、多数の人々が保険料を出し合って相互に保障しあう制度です。
- 初めから健康状態の良くない方などが無条件に加入された場合、保険料負担の公平性が保たれません。
- 加入のお申込みにあたっては、当社所定の帳票の「告知事項欄」で生命保険会社がたずねることについて、現在および過去の勤務状況など、事実をありのままに正しくお知らせ(告知)ください。

## 高度障害保険金をお支払いできない場合

高度障害保険金のお支払いは、所定の支払事由の原因となる傷害または疾病が保障開始日以後に生じた場合に限りです。原因となる傷害または疾病が保障開始日より前に生じていた場合は、お支払いの対象となりません。



# 生命共済制度 加入申込書(会社掛)

(契約者) 日本税協連福祉会様

以下の事業所および申込者について、加入資格があることを確認し、左記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。

申込日(告知日)		ご加入年月	
(和暦)		(和暦)	
年	月	年	月
新規加入	← いずれかに○印		
追加加入			
所属コード(11桁)			
毎月10日締切 翌月1日加入			

1. 新たに加を申し込まれる方は、加入資格のある方に限ります。(加入資格については加入案内用資料(チラシ・パンフレット等)に記載があります。)ご契約者は、事業所および申込者に加入資格があることを確認し、「加入申込書等 送り状」にてご連絡ください。
2. 「被保険者自署」欄以外は事業所がご記入ください。ご記入内容を訂正または抹消される場合は(二重線)を引いて、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印**を押印してください。なお、主契約保険金額を訂正される場合は、**事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印**を押印してください。
3. 「主契約保険金額」欄に記載の保険金額にて本制度の被保険者となることに同意される方本人に、漢字フルネームで署名いただいでください。他の被保険者と同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。
4. 死亡保険金の受取りはご加入者の民法による相続人を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、弔慰金等に活用します。高度障害保険金の受取りは、ご加入者を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、ご加入者の生活保障等に活用します。
5. 保険金請求の際には、請求書面上にご加入者の労基法による相続人(遺族補償を受けるべき方)の了知(署名・捺印)が必要です。高度障害保険金の請求の際には、請求書面上にご加入者本人の了知(署名・捺印)が必要です。
6. 保険金(高度障害保険金)は、会員事務所を経由して遺族(ご加入者)に支払います。

加入案内用資料に記載された重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容を了解し、申込内容が意向(ニーズ)に沿ったものであることを確認のうえ、被保険者に契約内容を通知し、同意が得られたことを確認しましたので、契約者あてに下記のとおり申し込みます。			
会員事務所名	様		
代表者名	様		
代表者の所属する 税協名・府県名	税理士協同組合	都・道・府・県	
代表者税理士 登録番号			
事務 担当者名	<input type="checkbox"/> 上記代表者 / <input type="checkbox"/> 上記以外: 様		

契約内容を理解し、記載の内容で本制度の被保険者となること、および下記「個人情報のお取扱いについて」の内容に同意します。→

住友生命使用欄: 個人コード(11桁)	被保険者名(カタカナでご記入ください)		性別	生年月日	主契約保険金額	被保険者自署 (漢字フルネーム)	取扱会社使用欄			
	セイ(姓)	メイ(名)					生保	支社	支店	担当者
			1.男 2.女	昭和 平成 年 月 日	万円	様	(コード)			
			1.男 2.女	昭和 平成 年 月 日	万円	様	(コード)			
			1.男 2.女	昭和 平成 年 月 日	万円	様	(コード)			
			1.男 2.女	昭和 平成 年 月 日	万円	様	(コード)			

## 告知事項

加入のお申込みをされる方の中に、1または2に該当する方がいないことをご確認のうえ、告知事項に対する回答として「**いません**」を○で囲んでください。  
1または2に該当する方は加入の申込みはできません。(告知事項に該当しなくなった時点で加入いただけますので、速やかに手続きをお願いします。)もし、告知事項に該当するにもかかわらず加入された場合には、「告知義務違反」として保険金や給付金のお支払いができないことがあります。

**新たに加する方について、次の1または2に該当する方はいますか。** **いません** ※必ず○で囲んでください。

1. 告知日現在、病気や外傷のため欠勤している方(傷病治療のため公休・休暇などで欠勤している方を含む)
2. 告知日前1年間で、病気や外傷のため2週間以上継続して欠勤した方(傷病治療のため公休・休暇などで欠勤した方を含む)

【個人情報のお取扱いについて】 この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱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。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。

(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。



# 生命共済制度 脱退通知書

(契約者)日本税協連福祉会様  
以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

所属コード(11桁)										

通知日	(和暦)	年	月	日
-----	------	---	---	---

## 脱退年月の前月20日締切

(締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。)

※ご注意ください!

例) 5/1~31までの退職の方は、脱退年月は令和8年6月です。  
前月20日の提出期限を過ぎた場合は、脱退年月は7月になります。

会員事務所名		様
代表者名	様	
代表者税理士登録番号		
事務担当者名	<input type="checkbox"/> 上記代表者 / <input type="checkbox"/> 上記以外: 様	

個人コードまたは被保険者番号(11桁)	被保険者名(カタカナでご記入ください)		脱退年月 ※死亡のときは記入不要です。	死亡日 ※死亡のときは死亡日(和暦)をご記入ください。
	セイ(姓)	メイ(名)	(和暦) 年 月	(和暦) 年 月 日
	セイ(姓)	メイ(名)	(和暦) 年 月	(和暦) 年 月 日
	セイ(姓)	メイ(名)	(和暦) 年 月	(和暦) 年 月 日
	セイ(姓)	メイ(名)	(和暦) 年 月	(和暦) 年 月 日
	セイ(姓)	メイ(名)	(和暦) 年 月	(和暦) 年 月 日

### 書類締切の基準

脱退年月の前月20日日本税協連福祉会必着です。

例	書類受付日	脱退年月
	5月20日	6月
	5月21日	7月

- ・5月(更新月)の締切日は、令和8年3月31日です。
- ・締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。
- ・脱退年月の1日が脱退日となります。
- ・死亡の場合は死亡日をご記入ください。(脱退年月は死亡日の翌月となります。)

・被保険者名簿を見てご記入ください。

### ▲ お願い

・記入事項を訂正または抹消されるときは、=(二重線)を引いて、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印**を押印ください。

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印



# 生命共済制度 保険金額変更申込書

(契約者) 日本税協連福祉会様

以下のとおり、被保険者内容の変更を申し込みます。

必ずご記入ください。

毎月10日締切→翌月1日変更

申込日(告知日)		
(和暦)		
年	月	日

変更年月	
(和暦)	
年	月

所属コード(11桁)										

変更区分(数字に○印)	
1	増 額
2	減 額

会員事務所名		様
代表者名		様
代表者税理士 登録番号		
事務 担当者名	<input type="checkbox"/> 上記代表者 / <input type="checkbox"/> 上記以外:	様

1. 「被保険者自署」欄以外は事業所がご記入ください。  
ご記入内容を訂正または抹消される時は(二重線)を引いて、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印**を押印してください。  
なお、主契約保険金額を訂正される時は、**事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印**を押印してください。
2. 「主契約保険金額」欄に記載の保険金額にて本制度の被保険者となることに同意される方本人に、漢字フルネームで署名いただきください。他の被保険者と同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。
3. 死亡保険金の受取りはご加入者の民法による相続人を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、弔慰金等に活用します。高度障害保険金の受取りは、ご加入者を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、ご加入者の生活保障等に活用します。
4. 保険金請求の際には、請求書面上にご加入者の労基法による相続人(遺族補償を受けるべき方)の了知(署名・捺印)が必要です。高度障害保険金の請求の際には、請求書面上にご加入者本人の了知(署名・捺印)が必要です。
5. 保険金(高度障害保険金)は、会員事務所を経由して遺族(ご加入者)に支払います。

下記保険金額への変更に同意します。→

個人コードまたは被保険者番号(11桁)	被保険者名(カタカナでご記入ください)		(旧)主契約 保険金額	(新)主契約 保険金額	被保険者自署 (漢字フルネーム)	取扱会社使用欄		
	セイ(姓)	メイ(名)				生 保	(コード)	
	セイ(姓)	メイ(名)	万円	万円	必ずご記入ください。	支 社	(コード)	
	セイ(姓)	メイ(名)	万円	万円	必ずご記入ください。	支 部	(コード)	
	セイ(姓)	メイ(名)	万円	万円	必ずご記入ください。	担当者	(コード)	

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

増額のお申込みをされる方の中に、1または2に該当する方がいないことをご確認のうえ、告知事項に対する回答として **「いません」** を○で囲んでください。同額更新・減額の変更の場合はご確認いただく必要はありません。1または2に該当する方は増額の申込みはできません。(告知事項に該当しなくなった時点で増額いただけますので、速やかに手続きをお願いします。)もし、告知事項に該当するにもかかわらず増額された場合には、「告知義務違反」として保険金や給付金のお支払いができないことがあります。

## 告知事項

新たに増額する方について、次の1または2に該当する方はいますか。 **「いません」** ※必ず○で囲んでください。

1. 告知日現在、病気や外傷のため欠勤している方(傷病治療のため公休・休暇などで欠勤している方を含む)
2. 告知日前1年間で、病気や外傷のため2週間以上継続して欠勤した方(傷病治療のため公休・休暇などで欠勤した方を含む)

【個人情報のお取り扱いについて】 この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱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。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。

(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。

# ご加入者の事項に関する諸変更手続き

変更通知書はP.8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。
- 所属変更の場合は毎月10日迄に日本税協連福祉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。

## 変更通知書の記入要領

- ・記入事項を訂正または抹消される時は、= (二重線) を引いて、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム) または訂正印**を押印ください。
- ・所属コード、個人コード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。
- ・性別や生年月日の相違で訂正する場合には、掛金に変動を生じる場合があります。

### ①通知日

本通知書の記入日をご記入ください。

### ②会員事業所名・代表者名・事務担当者名

必ずご記入ください。

### ③所属コード・個人コード

被保険者名簿より転記ください。

### ④被保険者名

氏名変更・訂正の場合は旧被保険者名をご記入ください。

**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変更年月

所属変更の場合のみご記入ください。

毎月10日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日変更です。

### ⑥変更事項記入欄

該当の変更事項についてご記入ください。

所属税協・代表者変更の場合は所属コード・個人コードが変更になります。新所属コード・新個人コードにつきましては、お問い合わせください。

## 変更通知書ご記入例

住友生命保険相互会社 行  
証券番号547553900  
収納番号0000001

### 生命共済制度 変更通知書

(契約者)日本税協連福祉会様

以下のとおり、被保険者内容の変更を通知します。

① 通知日 (和暦) 令和〇〇年〇〇月〇〇日

② 会員事務所名 **東京一郎税理士事務所** 様

代表者名 **代表 東京一郎** 様

代表者税理士登録番号 **0 1 2 3 4 5**

事務担当者名  上記代表者 /  上記以外: 様

③ (現在の)所属コード(11桁)  
0 2 1 0 1 0 1 2 3 4 5

④ (旧)個人コード(11桁)  
0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 7

⑤ (旧)被保険者名(カタカナでご記入ください)  
セイ(姓) トチギ     メイ(名) ミカ

⑥ 変更年月 (和暦) 令和〇〇年 〇〇月

⑦ 変更箇所のみご記入ください。

⑧ ①所属コード変更 (新)所属コード(11桁)

⑨ ②個人コード変更 (新)個人コード(11桁)

⑩ ③被保険者名変更 (新)被保険者名(カタカナでご記入ください)  
セイ(姓) タナカ     メイ(名) ミカ

⑪ ④性別・生年月日訂正  
性別  男  女 (和暦) 生年月日 年 月 日

⑫ ⑤その他

・被保険者名簿を見てご記入ください。

▲ お願い  
・記入事項を訂正または抹消される時は、=(二重線) を引いて、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム) または訂正印**を押印ください。

【個人情報のお取り扱いについて】 この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱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。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。

(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。

住友生命使用欄

点検印	インプット印	実行印
-----	--------	-----

法人サービス課 令和元 保研の



保険金をご請求される場合には、速やかに日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。  
必要な書類及び手続方法についてご案内いたします。

### ○ご加入者死亡の場合

- ・死亡日及び死亡の原因（病気か事故か）を日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。
- ・死亡保険金請求手続きには、死亡診断書や戸籍書類等が必要となります。
- ・死亡保険金の受取りは、ご加入者の民法による相続人を50%とし、残り50%は会員事務所受取り、弔慰金等に活用します。  
なお、ご加入者が個人事業主で、個人事業主が死亡した場合、会員事務所受取分は、個人事業主の配偶者・子（子が死亡している場合は、その直系卑属）・父母・祖父母・兄弟姉妹の順位に従ってお支払いさせていただくことになります。
- ・保険金請求の際には、請求書面上にご加入者の労基法による相続人（遺族補償を受けるべき方）の了知（署名・押印）が必要です。
- ・死亡保険金の遺族への支払いは会員事務所を經由して行います。
- ・掛金の払込停止を行うため、先に脱退通知書をご提出ください。

### ○ご加入者が高度障害状態に該当する場合

- ・ご加入者が高度障害状態に該当すると思われる場合には、日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。
- ・高度障害保険金の受取りは、ご加入者を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、ご加入者の生活保障等に活用します。  
なお、ご加入者が個人事業主で、個人事業主が高度障害状態に該当した場合、ご加入者受取分・会員事務所受取分ともに個人事業主へお支払いします。
- ・高度障害保険金の請求の際には、請求書面上にご加入者本人の了知（署名・押印）が必要です。
- ・高度障害保険金のご加入者への支払いは会員事務所を經由して行います。

\*生命共済制度は入院の場合（病気・不慮の事故とも）の保障はございません。

\*死亡保険金・高度障害保険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）

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

## 3大疾病保障共済制度(会社掛・個人型)

### 1. 制度の概要

#### 会社掛・個人型 共通

- ・日本税協連福祉会の会員および会員事務所の役員・従業員・事務局専従役職員を対象とした制度です。
- ・所定のがん〔悪性新生物〕・急性心筋梗塞・脳卒中のいずれかの状態と診断され、所定の要件に該当された場合、一時金をお支払いいたします。  
※死亡や高度障害保障はありません。
- ・毎月1日付でのご加入が可能です。(加入月の前月10日迄に書類を日本税協連福祉会事務局へご提出ください。)  
5月(更新月)の締切日は、令和8年3月31日です。
- ・掛金振替口座は事務所のお口座です。

#### 会社掛

- ・事業所一括加入型の保険料会社(事業所)負担の制度です。
- ・ご本人のみ加入可能です。配偶者は加入できません。

#### 個人型

- ・保険料ご加入者(被保険者)負担の制度です。

### 2. ご加入にあたりご留意いただく点

#### 会社掛・個人型 共通

- ・加入対象者ではない方は加入できません。
- ・保険金額はご加入者単位で1000万円が最高保険金額です。会社掛と個人型の両制度に加入することができます。その場合は合算で1000万円が限度となります。

#### 会社掛

- ・加入時にはご加入者にP.15の「保障内容等の概要」をお渡しください。

#### 個人型

- ・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。
- ・配偶者だけのご加入はできません。(ご本人の加入が必要です。)  
また、配偶者はご本人より高い保険金額のコースにはご加入できません。

### 3. ご加入後の変更手続きについて

#### 会社掛・個人型 共通

- ・ご加入者が退職等の理由により加入対象者ではなくなった場合には、脱退のお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日迄に書類を日本税協連福祉会事務局へご提出ください。)

#### 個人型

- ・ご加入者(ご本人・配偶者)が3大疾病保障共済制度をおやめになる場合、脱退のお手続きが必要となります。
- ・配偶者がご本人と同一戸籍でなくなった場合には、脱退のお手続きが必要です。
- ・ご本人が脱退となった場合には、配偶者も自動的に脱退となります。

### 4. 引受保険会社

- ・この制度の引受保険会社は住友生命保険相互会社です。



**3大疾病保障共済制度 加入申込書〈会社掛〉**  
 ※申込される方にP.15の「保障内容等の概要」を必ずお渡しく下さい。

住友生命保険相互会社 行

証券番号 **564000520** 収納番号 **0000002**

**1** 事業所記入欄

ご加入年月	(和暦)	年	月
所属コード(11桁)			
個人コード(11桁)			

被保険者名(カタカナでご記入ください)(保険金受取人)	性別	生年月日	保険金額		
セイ(姓)	メイ(名)	昭和 平成	1000万円	700万円	500万円
	男 女	年 月 日	300万円	200万円	100万円

被保険者記入欄は、ご加入の場合必ずご記入ください。

**2** 被保険者記入欄

被保険者自署(漢字フルネーム) 契約内容を理解し、記載の内容で本制度の被保険者となること、および右記「個人情報のお取り扱いについて」の内容に同意します。	申込日(告知日)	告知欄
様	(和暦) 年 月 日	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ

上記被保険者自署欄に記載の内容に同意されない方、または告知事項に該当される方はお申し込みいただけません。  
 告知事項に該当しなくなった時点でご加入いただけますので、事業所にその旨を申し出てください、できるだけ早く加入の手続きをお願いします。ただし、過去に3大疾病保険金をお受取りになった方の再加入はできません。

契約者

以下の事業所および申込者について、加入資格があることを確認し、下記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。

**日本税協連福祉会様**

加入案内用資料に記載された重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容を了解し、申込内容が事業所の意向(ニーズ)に沿ったものであることを確認のうえ、被保険者に契約内容を通知し、同意が得られたことを確認しましたので、契約者あてに下記のとおり申し込みます。

会員事務所名	代表者の所属する税協名・府県名	税理士協同組合
代表者名	代表者税理士登録番号	都道府県
事務担当者名	<input type="checkbox"/> 上記代表者 / <input type="checkbox"/> 上記以外:	

**【個人情報のお取り扱いについて】**

この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱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。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。(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。

**3** **ご加入のお申込みの場合は、被保険者が必ずご確認ください。**  
 告知事項のすべてに該当しない場合のみお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、**2**被保険者記入欄の告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらずご加入された場合には、「告知義務違反」として保険金のお支払いができないことがあります。

**告知事項**

<b>A</b>	申込日(告知日)までに、がんまたは上皮内がん*1と診断されたことがありますか。
<b>B</b>	申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。
<b>C</b>	申込日(告知日)から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「2週間以上の期間にわたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたこと」のいずれかがありますか。
<b>D</b>	申込日(告知日)から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。 ※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

**別表**

心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症**2
脳	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)
肺・気管支	慢性気管支炎・肺炎腫・慢性閉塞性肺疾患
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・肝機能障がい・すい炎
腎臓	腎炎・ネフローゼ・腎不全・う胞腎・人工透析
しゅよう	しゅよう(良性腫瘍を含む)・ポリープ
右記の病気	糖尿病**3・リウマチ・こうげん病・紫斑病

※1 がんには、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄異形成症候群、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ポーエン病、パジェット病を含みます。上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮内にとどまっている状態を指し、子宮頸部・膣部・外陰部・肛門部の中等度または高度異形成を含みます。  
 ※2 高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。  
 ※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「HbA1c(NGSP)が6.5%以上」「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

取扱会社使用欄

生保	住友	コード	( 20 )
支社		コード	( )
支部		コード	( )
担当者		コード	( )

住友生命使用欄

点検印  インプット印  受付印

# 保険金額の変更手続き〈会社掛〉

保険金額変更申込書はP.14の用紙をコピーの上で使用ください。

- 変更月の前月10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。
- 申込される方にP.15の「保障内容等の概要」を必ずお渡しください。

## 保険金額変更申込書の記入要領

- ・下記の記入要領をご参照のうえ、楷書でもれなくご記入ください。
- ・記入事項を訂正または抹消されるときは、= (二重線) を引いて、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム) または訂正印**を押印ください。但し、**主契約保険金額訂正**の場合は、**事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名(漢字フルネーム) または訂正印**を押印ください。

### 告知についての注意事項

告知事項のすべてに該当しない場合のみ、増額をお申し込みいただけます。

以下をご確認のうえ、告知事項のすべてに該当しない場合には、告知事項に対する回答として告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。

#### ①「検査」とは

医師の指示による検査を行った場合、該当となります。健康診断・がん検診・人間ドック・妊婦健診等の定期健診につきましては、「(医師の)検査」には含まれません。

#### ②「2週間以上の期間」とは

以下の例に該当する場合など、一連の病気で医師の診察・検査・治療・投薬をうけ、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。)

- 【例】・受診は2日であっても、その間が2週間以上の場合  
・1回の受診で2週間以上の投薬をうけた場合

### 1 所属コード・個人コード

被保険者名簿より転記ください。

### 2 会員事務所名・代表者名・事務担当者名

必ずご記入ください。

### 3 被保険者名

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。

### 4 旧主契約保険金額と新主契約保険金額を○で囲んでください。

### 5 自署

漢字フルネームでご署名ください。

代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。

### 保険金額変更申込書ご記入例

住友生命保険相互会社 行

証券番号 564000520    契約番号 0000002

契約者 **日本税協連福祉会様**

以下の者について、被保険者内容の変更を申し込みます。

1 変更年月 (和暦) 令和〇〇年〇〇月

所属コード(11桁) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

個人コード(11桁) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

2 会員事務所名 **東京一郎税理士事務所 様**

代表者名 **代表 東京一郎 様**

事務担当者名  上記代表者 /  上記以外

代表者の所属する税務番号

**東北** 税理士協同組合

**青森** 都道府県

3 被保険者名(カタカナで記入ください)(保険金受取人)

セイ(姓) **スミセイ**    メイ(名) **タロウ**

4 旧保険金額

1000万円    700万円    500万円

**300万円**    200万円    100万円

新保険金額

住生太郎 東京一郎

1000万円    500万円

**300万円**    200万円    100万円

5 被保険者自署(漢字フルネーム)

**住生太郎** 様

6 申込日(告知日)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

告知事項

下記告知事項に該当しますか?

はい     いいえ

7 告知事項

A 申込日(告知日)までに、がんまたは上皮内がん\*と診断されたことがありますか?

B 申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか?

C 申込日(告知日)から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「2週間以上の期間にわたる医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたこと」のいずれかがありますか?

D 申込日(告知日)から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。 ※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

8 増額のお申込みの場合は、被保険者が必要ご確認ください。減額の場合はご確認いただく必要はありません。

告知事項のすべてに該当しない場合のみお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、「被保険者記入欄の告知事項の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらず増額された場合には、「告知義務違反」として保険金のお支払いができません。

※上記被保険者自署欄に記載の内容に同意されない方、または告知事項に該当される方はお申し込みいただけません。

※告知事項に該当しなくなった時点で、事業所にその旨を申し出ていただき、できる限り早く加入の手続きをお願いします。ただし、過去に3大疾病保険金をお取りになった方の再加入はできません。

9 3大疾病保険金をお支払いできない場合

・がん(悪性新生物)による3大疾病保険金のお支払いは、加入(増額)日から起算して90日経過した後、生まれて初めて所定のがんと診断された場合に限りです。加入(増額)日から起算して90日以内に診断された場合や生まれて初めての所定のがんでない場合、お支払いの対象とはなりません。

・急性心筋梗塞・脳卒中による3大疾病保険金のお支払いは、所定の支払事由の原因となる疾病が加入(増額)日以後に生じた場合に限りです。原因となる疾病が加入(増額)日より前に生じていた場合は、お支払いの対象とはなりません。

▼加入(増額)日

(※)急性心筋梗塞・脳卒中の場合

お支払い対象 ○ 疾病の発生 → 所定の支払事由に該当

お支払い対象外 × 疾病の発生 → 所定の支払事由に該当

**3大疾病保障共済制度 保険金額変更申込書〈会社掛〉**  
 ※申込される方にP.15の「保障内容等の概要」を必ずお渡しください。

住友生命保険相互会社 行

証券番号 **564000520**

収納番号 **0000002**

1 事業所記入欄

変更年月	(和暦)	年	月
所属コード(11桁)			
個人コード(11桁)			

被保険者名(カタカナでご記入ください)(保険金受取人)		旧保険金額			新保険金額		
セイ(姓)	メイ(名)	1000万円	700万円	500万円	1000万円	700万円	500万円
		300万円	200万円	100万円	300万円	200万円	100万円

契約者

**日本税協連福祉会様**

以下の者について、被保険者内容の変更を申し込みます。

会員事務所名	様	代表者の所属する税協名・府県名	税理士協同組合
代表者名	様		都道府県
事務担当者名	様	<input type="checkbox"/> 上記代表者 / <input type="checkbox"/> 上記以外:	代表者税理士登録番号

2 被保険者記入欄

<p><b>被保険者自署(漢字フルネーム)</b>                  契約内容を理解し、記載の内容で本制度の被保険者となること、および右記「個人情報のお取扱いについて」の内容に同意します。</p>	<p>申込日(告知日)</p> <p>(和暦)</p> <p>年 月 日</p>	<p>告知欄</p> <p>下記の告知事項に該当しますか。</p> <p>すべていいえ</p>
--	--	---

**【個人情報のお取扱いについて】**  
 この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱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。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。(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。

上記被保険者自署欄に記載の内容に同意されない方、または告知事項に該当される方はお申し込みいただけません。  
 告知事項に該当しなくなった時点でご加入いただけますので、事業所にその旨を申し出てください、できるだけ早く加入の手続きをお願いします。ただし、過去に3大疾病保険金をお受取りになった方の再加入はできません。

3 告知事項

**増額のお申込みの場合は、被保険者が必ずご確認ください。減額の場合はご確認ください必要はありません。**  
 告知事項のすべてに該当しない場合のみお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、**2**被保険者記入欄の告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらず増額された場合には、「告知義務違反」として保険金のお支払いができないことがあります。

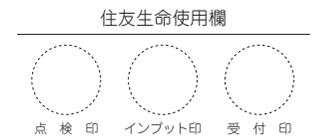
<b>A</b>	申込日(告知日)までに、がんまたは上皮内がん*1と診断されたことがありますか。
<b>B</b>	申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。
<b>C</b>	申込日(告知日)から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「2週間以上の期間にわたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたこと」のいずれかがありますか。
<b>D</b>	申込日(告知日)から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。 ※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

別表	心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症*2
	脳	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)
	肺・気管支	慢性気管支炎・肺炎腫・慢性閉塞性肺疾患
	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・肝機能障がい・すい炎
	腎臓	腎炎・ネフローゼ・腎不全・う胞腎・人工透析
	しゅよう	しゅよう(良性腫瘍を含む)・ポリープ
	右記の病気	糖尿病*3・リウマチ・こうげん病・紫斑病

\*1 がんには、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄異形成症候群、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ポーエン病、パジェット病を含みます。上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮にとどまっている状態を指し、子宮頸部・膣部・外陰部・肛門部の中等度または高度異形成を含みます。  
 \*2 高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。  
 \*3 糖尿病については、「インスリンを使用」「HbA1c(NGSP)が6.5%以上」「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

取扱会社使用欄

生保	住友	コード	( 20 )
支社		コード	( )
支部		コード	( )
担当者		コード	( )



法人サービス室 令和8.1 保存①

保障内容等の概要を記載しています。パンフレット(契約概要・注意喚起情報・支払に関する補足説明)等を必ずご確認ください。

## 団体3大疾病保障保険のしくみ

- 団体3大疾病保障保険(事業所ごと全員加入制度)は同一業種団体等の団体が契約者となり、その団体の会員企業のうち、ご加入を希望される企業の役員・従業員全員にお申込みをしていただきます。保険料は会員企業が負担します。
- 保険期間は1年ですが、加入対象者である限り、自動更新(継続)されます。現行の保険金額と同額以下で継続する場合は、健康状態の告知は不要です(増額する場合は、告知が必要です)。

## 保障の開始・終了

保障の開始	保障が開始される日を加入日(責任開始日)といい、加入手続き完了後に加入者に送付されるご加入内容のお知らせ等に加入日を記載しています。
保障の終了	加入者が退職した場合や保険金をお支払いした場合には、保障が終了します。 なお、加入者の退職日等の属する月の保険料が払い込まれている場合、保険期間は退職日の直後の契約応当日前日までです。

## 保険金のお支払事由(保障内容)

■加入者が保険期間中に次のいずれかに該当されたときに保険金をお支払いします。

保険金	疾病	お支払事由
3大疾病 保険金	がん (悪性新生物)	保険期間中(ただし加入日から起算して90日以内を除く)に、生まれて初めて所定のがん(悪性新生物)(※1)になったと医師によって診断確定(※2)されたとき (※1)上皮内新生物(病変が上皮内に限定しているもの)や皮膚がん(悪性黒色腫を除く)は該当しません。 (※2)診断確定とは、医師によって「病理組織学的所見(生検)等により診断確定された」ことを指します。
	急性 心筋梗塞	加入日以後の疾病を原因として保険期間中に発病した所定の急性心筋梗塞(※3)により、次のいずれかに該当されたとき ア. 急性心筋梗塞の治療を直接の目的とする手術(※4)を受けられたとき イ. 初診日(※5)から起算して60日以上、労働の制限(※6)を必要とする状態が継続したと医師によって診断されたとき (※3)虚血性心疾患のうち、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞をいいます。(狭心症等を除きます。) (※4)公的医療保険制度に基づく医科診療報酬点数表に、手術料の算定対象として定められている手術とします。 (※5)診察・検査・治療・投薬のいずれを問わず、初めて医師にかかって診療を受けた日をいいます。 (※6)軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。
	脳卒中	加入日以後の疾病を原因として保険期間中に発病した所定の脳卒中(※7)により、次のいずれかに該当されたとき ア. 脳卒中の治療を直接の目的とする手術(※8)を受けられたとき イ. 初診日(※9)から起算して60日以上、言語障害・運動失調・まひ等の他覚的な神経学的後遺症が継続したと医師によって診断されたとき (※7)脳血管疾患のうち、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞などをいいます。 (※8)公的医療保険制度に基づく医科診療報酬点数表に、手術料の算定対象として定められている手術とします。 (※9)診察・検査・治療・投薬のいずれを問わず、初めて医師にかかって診療を受けた日をいいます。

## 保障内容の留意事項

- 死亡や高度障害の保障はありません。
- いずれかの疾病によって保険金をお支払いしたときは、その加入者の保障は終了し、再度加入いただくことはできません。
- 加入日前または加入日から起算して90日以内にがん(悪性新生物)と診断確定された方は、がん(悪性新生物)以外の2疾病(急性心筋梗塞・脳卒中)についての保障となります。
- 次のような場合には、保険期間の終了後であっても、初診日が保険期間中にあれば、保険金の支払対象となることがあります。
  - ・急性心筋梗塞：初診日から起算して60日以上、労働の制限を必要とする状態が継続したと医師によって診断された場合
  - ・脳卒中：初診日から起算して60日以上、言語障害・運動失調・まひ等の他覚的な神経学的後遺症が継続したと医師によって診断された場合

## 保険金をお支払いできない場合

■次のような場合には保険金をお支払いできないことがあります。(保険金を増額された場合は増額部分にも適用します。)

お支払事由に 該当しないとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生まれてはじめてのがん(悪性新生物)でない場合</li> <li>・上皮内がん・皮膚の悪性黒色腫以外の皮膚がん・加入日から起算して90日以内に診断確定されたがん(悪性新生物)等、所定のがん(悪性新生物)に該当しない場合</li> <li>・所定の急性心筋梗塞および脳卒中に該当しない場合</li> <li>・急性心筋梗塞で所定の手術を行っていない場合、または、労働制限を必要とする状態が初診日から起算して60日以上継続していない場合</li> <li>・脳卒中で所定の手術を行っていない場合、または、他覚的な神経学的後遺症が初診日から起算して60日以上継続していない場合</li> </ul>
加入日(責任開始日)前の疾病を 原因とするとき	急性心筋梗塞・脳卒中による保険金のお支払いは、所定の支払事由の原因となる疾病が加入日以後に生じた場合に限り、原因となる疾病が加入日より前に生じていた場合は、お支払いの対象となりません。
正しく告知してい ないとき	加入者から告知していただいた内容が事実と相違し、保険契約の全部またはその加入者の部分が告知義務違反により解除となった場合
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約者または加入者による詐欺の行為を原因として、保険契約の全部またはその加入者の部分が取消しとなった場合、または、契約者または加入者に保険金の不法取得目的があつて、保険契約の全部またはその加入者の部分が無効となった場合</li> <li>・契約者または加入者が、保険金を詐取する目的で事故を起こしたときや、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ときなど、重大事由に該当し、保険契約の全部またはその加入者の部分が解除となった場合</li> <li>・保険料の払込みがなく、保険契約が失効した場合</li> <li>・加入者が加入対象者ではないことが判明したとき</li> </ul> 等

## 保険金の受取人・ご請求手続き

- 3大疾病保険金の受取人は加入者です。
- 加入者が、傷害または疾病により請求の意思表示ができない、疾病名の告知を受けていない等により保険金を請求できないときは、代理請求人が加入者の代理人として保険金を請求できます。代理請求人は請求時において所定の要件を満たす必要があります。
- がん(悪性新生物)、急性心筋梗塞、脳卒中の「お支払事由」のいずれかに該当された場合や該当すると思われる場合は、勤務先の会社等に申し出てください。契約者(会社)を通じてのご請求手続きとなります。

保障内容等についてご不明点がございましたら、下記にお問い合わせください。

### スミセイフリーダイヤル(法人サービス室)

**0120-357224**

受付時間：月～金曜日 午前9時～午後5時  
(祝日・12/31～1/3を除く)

保険金のご請求についてご不明点がございましたら、下記にお問い合わせください。

### スミセイフリーダイヤル(団体保険支払室)

**0120-307191**

受付時間：月～金曜日 午前9時～午後5時  
(祝日・12/31～1/3を除く)

住友生命ホームページ

<https://www.sumitomolife.co.jp/corporative/service/step.html>



# 加入手続き〈個人型〉

加入申込書はP.17の用紙をコピーの上で使用ください。

○加入月の前月10日迄に日本税協連福祉社会事務局に書類が到着するようにお手続きください。5月(更新月)の締切日は、令和8年3月31日です。

## 加入申込書の記入要領

- ・下記の記入要領をご参照のうえ、楷書でもれなくご記入ください。
- ・記入事項を訂正または抹消されるときは、= (二重線) を引いて、訂正署名(漢字フルネーム) または訂正印を押印ください。

## 告知についての注意事項

告知事項のすべてに該当しない場合のみ、お申し込みいただけます。

以下をご確認のうえ、告知事項のすべてに該当しない場合には、告知事項に対する回答として告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。

### ①「検査」とは

医師の指示による検査を行った場合、該当となります。健康診断・がん検診・人間ドック・妊婦健診等の定期健診につきましては、「(医師の) 検査」には含まれません。

### ②「2週間以上の期間」とは

以下の例に該当する場合など、一連の病気で医師の診察・検査・治療・投薬をうけ、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。)

- 【例】・受診は2日であっても、その間が2週間以上の場合  
・1回の受診で2週間以上の投薬をうけた場合

一旦加入すれば、その後告知事項に該当しても同額もしくはそれ以下の保険金額で継続加入できます。

会員事務所名・代表者名・事務担当者名  
必ずご記入ください。

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)をご記入ください。

所属コード・個人コード  
生命共済制度に既に加入済の方は、所属コード・個人コードを被保険者名簿より転記ください。  
生命共済制度に未加入の場合は空白で結構です。

被保険者名  
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。

主契約保険金額  
ご希望の保険金額を○で囲んでください。

### 加入申込書ご記入例

契約者 日本税協連福祉社会様

住友生命保険相互会社 行

証券番号 564000520 収納番号 0000001

会員事務所名	東京一郎税理士事務所	代表者の所属する都道府県名	東北	代表者(性別)	青森
代表者名	代表 東京一郎	代表者税理士登録番号	0 1 2 3 4 5		
事務担当者名	代表者 / 上記以外				

告知事項

A	申込日(告知日)までに、がんまたは上皮内がん <sup>※</sup> と診断されたことがありますか。	心臓・血管	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症 <sup>※</sup>
B	申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。	脳	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)
C	申込日(告知日)から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「2週間以上の期間にわたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたこと」のいずれかがありますか。	肺・気管支	慢性気管支炎・肺炎・慢性閉塞性肺疾患
D	申込日(告知日)から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。 ※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要と言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。	別表	肝臓(肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害)いすい炎 腎臓 腎炎・ネフローゼ・腎不全のうち脳腎・人工透析 しゅよう しゅよう(良性腫瘍を含む)・ポリープ 右記の病名

※1 がんには、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄異形成症候群、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ポリープ、バジレット病を含みます。  
上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮にとどまっている状態を指し、子宮頸部・嚔部・外陰部・肛門部の中程度または高度異形成を含みます。  
※2 高血圧症については、直近の診察時の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。  
※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「HbA1c(NGSP)が6.5%以上」「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

ご記入ください。毎月10日締切→翌月1日加入

申込日(告知日) 令和〇〇年〇〇月〇〇日 加入年月 令和〇〇年〇〇月

加入案内資料に記載された重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容を了解し、申込内容が自らの意向(二重線)に沿ったものであることを確認のうえ、契約者全てに下記のとおり申し込みます。  
この「個人情報のお取扱いについて」の内容についても同意します。

所属コード(11桁) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人コード(11桁) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	生年月日	性別	保険金額	告知欄	配偶者自署(漢字フルネーム)
被保険者名(カタカナでご記入ください)	セイ(姓) スミセイ	メイ(名) タロウ	54年1月15日	1000万円 300万円 200万円	すべていいえ	住生太郎
被保険者名(カタカナでご記入ください)	セイ(姓) スミセイ	メイ(名) ハナコ	56年8月2日	300万円 200万円 100万円	すべていいえ	住生花子

ご連絡事項  
\* 保険金受取人は、被保険者ご自身となります。  
申込日(告知日)は必ずご記入ください。  
訂正する際は、訂正箇所(二重線)を引いて、訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印を押印ください。  
訂正署名は、該当者がご自身の名前をご記入ください。  
告知事項に該当された方は申し込めません。

【個人情報のお取扱いについて】  
この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。  
生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内、提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連する業務のために利用し、また、団体、他の共同親戚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。  
なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の手続き以外には使用いたしません。  
また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。  
(注) 保健医療等の機能(センチティア)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。

7 自署  
漢字フルネームでご署名ください。  
ご本人は配偶者のみの加入の手続きを行う場合も、必ずご署名ください。  
配偶者は、ご加入の手続きを行う場合にご署名ください。  
※ご本人と配偶者が同一筆跡の場合などは、確認させていただくことがあります。

## 3大疾病保険金をお支払いできない場合

- ・がん(悪性新生物)による3大疾病保険金のお支払いは、加入日から起算して90日経過した後に、生まれて初めて所定のがんと診断された場合に限りです。加入日から起算して90日以内に診断された場合や生まれて初めての所定のがんでない場合、お支払いの対象とはなりません(この場合、お申し出により契約を無効とできることがあります)。
- ・急性心筋梗塞・脳卒中による3大疾病保険金のお支払いは、所定の支払事由の原因となる疾病が加入日以後に生じた場合に限りです。原因となる疾病が加入日より前に生じていた場合は、お支払いの対象とはなりません。



# 3大疾病保障共済制度 加入申込書〈個人型〉

住友生命保険相互会社 行

契約者

以下の者について、加入資格があることを確認し、下記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。

## 日本税協連福祉会様

会員事務所名	様	代表者の所属する 税協名・府県名	税理士協同組合	都・道 府・県
代表者名	様	代表者税理士 登録番号		
事務 担当者名	<input type="checkbox"/> 上記代表者 / <input type="checkbox"/> 上記以外：			

証券番号 564000520

収納番号 0000001

**1** **ご加入のお申込みの場合は必ずご確認ください。**告知事項のすべてに該当しない場合のみお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、**2** **申込内容**の告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらず加入された場合には、「告知義務違反」として保険金のお支払いができないことがあります。

告知事項

- A** 申込日(告知日)までに、がんまたは上皮内がん\*1と診断されたことがありますか。
- B** 申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。
- C** 申込日(告知日)から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「2週間以上の期間にわたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたこと」のいずれかがありますか。
- D** 申込日(告知日)から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。  
※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

別表	心臓・血管	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症*2
	脳	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)
	肺・気管支	慢性気管支炎・肺炎腫・慢性閉塞性肺疾患
	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・肝機能障がい・すい臓炎
	腎臓	腎炎・ネフローゼ・腎不全・のう胞腎・人工透析
	しゅよう	しゅよう(良性腫瘍を含む)・ポリープ
	右記の病気	糖尿病*3・リウマチ・こうげん病・紫斑病

- ※1 がんには、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄異形成症候群、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ポーエーン病、パジェット病を含みます。  
上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮内にとどまっている状態を指し、子宮頸部・膣部・外陰部・肛門部中等度または高度異形成を含みます。
- ※2 高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。
- ※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「HbA1c(NGSP)が6.5%以上」「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

必ずご記入ください。

毎月10日締切→翌月1日加入

**2** 申込日(告知日) (和暦) 年 月 日 **ご加入年月** (和暦) 年 月

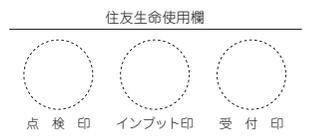
加入案内用資料に記載された重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容を了解し、申込内容が自らの意向(ニーズ)に沿ったものであることを確認のうえ、契約者あてに下記のとおり申し込みます。また下記の「個人情報のお取扱いについて」の内容についても同意します。

申込内容

所属コード(11桁)		個人コード(11桁)	
被保険者名(カタカナでご記入ください)	性別	生年月日	保険金額
セイ(姓)     メイ(名)	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	昭和   平成 年 月 日	1000万円   700万円 500万円   300万円 200万円   100万円
告知欄	ご本人自署(漢字フルネーム)		
告知事項に該当しますか。 すべていいえ	配偶者のみの加入の手続きを行う場合も、必ずご記入ください。 様		
被保険者名(カタカナでご記入ください)	性別	生年月日	保険金額
セイ(姓)     メイ(名)	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	昭和   平成 年 月 日	500万円   300万円 200万円   100万円
告知欄	配偶者自署(漢字フルネーム)		
告知事項に該当しますか。 すべていいえ	ご加入の場合、配偶者がご記入ください。 様		

取扱会社使用欄

生保	住友	コード	( 20 )
支社		コード	( )
支部		コード	( )
担当者		コード	( )



法人サービス室 令和8.1 保存⑦

**ご連絡事項**  
\* 保険金受取人は、被保険者ご自身となります。申込日(告知日)は必ずご記入ください。訂正する際は、訂正箇所(=)に二重線(=)を引き、訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印を押印してください。訂正署名は、該当者をご自身の名前をご記入ください。告知事項に該当された方は申し込みません。

**【個人情報のお取扱いについて】**  
この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱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。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。(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。



# 3大疾病保障共済制度 保険金額変更申込書〈個人型〉

住友生命保険相互会社 行

契約者

日本税協連福祉会様

以下の者について、被保険者内容の変更を申し込みます。

証券番号 564000520

収納番号 0000001

会員事務所名	様	代表者の所属する 税協名・府県名	税理士協同組合	都・道 府・県
代表者名	様	代表者税理士 登録番号		
事務 担当者名	様	□ 上記代表者 / □ 上記以外 :		

1

増額のお申し込みの場合は必ずご確認ください。減額の場合はご確認ください。告知事項のすべてに該当しない場合のみ増額をお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、**2** 申込内容の告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらず増額された場合には、「告知義務違反」として保険金のお支払いができないことがあります。

告知事項

<b>A</b>	申込日(告知日)までに、がんまたは上皮内がん*1と診断されたことがありますか。
<b>B</b>	申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。
<b>C</b>	申込日(告知日)から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「2週間以上の期間にわたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたこと」のいずれかがありますか。
<b>D</b>	申込日(告知日)から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。 ※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

別 表	心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症*2
	脳	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)
	肺・気管支	慢性気管支炎・肺炎腫・慢性閉塞性肺疾患
	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・肝機能障がい・すい炎
	腎臓	腎炎・ネフローゼ・腎不全・のう胞腎・人工透析
	しゅよう	しゅよう(良性腫瘍を含む)・ポリープ
右記の病気	糖尿病*3・リウマチ・こうげん病・紫斑病	

※1 がんには、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄異形成症候群、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ポーエン病、パジェット病を含みます。  
上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮内にとどまっている状態を指し、子宮頸部・膣部・外陰部・肛門部の中程度または高度異形成を含みます。

※2 高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。

※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「HbA1c(NGSP)が6.5%以上」「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

必ずご記入ください。

2

申込日(告知日) (和暦) 年 月 日 変更年月 (和暦) 年 月

毎月10日締切→翌月1日変更

申込内容

所属コード(11桁)		個人コード(11桁)			
被保険者名(カタカナでご記入ください)	(旧) 保険金額	(新) 保険金額	告知欄	ご本人自署(漢字フルネーム)	
セイ(姓)     メイ(名)	1000万円   700万円 500万円   300万円 200万円   100万円	1000万円   700万円 500万円   300万円 200万円   100万円	告知事項に該当しますか。 すべて いいえ	配偶者のみの変更の手続きを行う場合も、必ずご記入ください。  様	
被保険者名(カタカナでご記入ください)	(旧) 保険金額	(新) 保険金額	告知欄	配偶者自署(漢字フルネーム)	
セイ(姓)     メイ(名)	500万円   300万円 200万円   100万円	500万円   300万円 200万円   100万円	告知事項に該当しますか。 すべて いいえ	変更の場合、配偶者をご記入ください。  様	

取扱会社使用欄

生保	住友	コード	( 20 )
支社		コード	( )
支部		コード	( )
担当者		コード	( )

住友生命使用欄



法人サービス室 令和8.1 保存⑦

## ご連絡事項

\* 保険金受取人は、被保険者ご自身となります。  
申込日(告知日)は必ずご記入ください。  
訂正する際は、訂正箇所にご二重線(=)を引き、訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印を押印してください。  
訂正署名は、該当者をご自身の名前をご記入ください。  
告知事項に該当された方は増額できません。

## 【個人情報のお取り扱いについて】

この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。  
生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱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。  
なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。  
また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。  
(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。

脱退通知書はP.21の用紙をコピーの上ご使用ください。

# 脱退の手続き〈会社掛・個人型〉

- 毎月1日付にて、退職等による脱退（掛金払込停止）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。  
5月(更新月)の締切日は、令和8年3月31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。

## 脱退通知書の記入要領

- ・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。
- ・ご加入者が死亡により脱退となる場合は、死亡日をご記入ください。
- ・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、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム)** または訂正印を押印ください。
- ・所属コード、個人コード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。

① 該当の制度(収納番号)に○をしてください。

② 通知日

本通知書の記入日をご記入ください。

③ 会員事業所名・代表者名・事務担当者名

必ずご記入ください。

④ 所属コード・個人コードまたは被保険者番号・家族区分

被保険者名簿より転記ください。

⑤ 被保険者名

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。

⑥ 脱退年月

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。

⑦ 死亡日

脱退理由が「死亡」のときは、死亡日をご記入ください。

※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、掛金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。

⑧ 支払事由該当に関する確認結果

脱退する被保険者(※)に「脱退時のご説明文書(保険金のお支払事由に該当されていないかご確認ください)」を必ず配付し、支払事由に該当するか否かをご確認ください。またその結果をご記入ください。

(※)死亡による脱退の場合は当該被保険者の相続人になります。

⑨ その他留意事項

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。

- a) ご加入者が死亡・退職されたとき。
- b) 配偶者について、ご本人と同一の戸籍でなくなったとき。

## 脱退通知書ご記入例

住友生命保険相互会社 行  
証券番号564000520

① 個人型(収納番号0000001)  
会社掛(収納番号0000002)  
← 該当する制度に○をしてください。

### 3大疾病保障共済制度 脱退通知書〈会社掛・個人型〉

(契約者)日本税協連福祉会様  
以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

通知日 (和暦) 令和〇〇年〇〇月〇〇日

② 脱退年月の前月20日締切  
(締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。)

③ 会員事務所名 東京一郎税理士事務所様

代表者名 代表 東京一郎様

代表者税理士登録番号 0 1 2 3 4 5

事務担当者名  上記代表者 /  上記以外: 様

**④ 必ずご確認ください。**

脱退手続きの前に、被保険者が支払事由に該当する可能性の有無をご確認ください。配偶者が脱退する場合は、配偶者についてご確認ください。<sup>(※1)</sup>

脱退する被保険者<sup>(※2)</sup>に「脱退時のご説明文書(以下、説明文書)を必ず配布してください。(P.22にありませぬ。)

・説明文書を配布後、被保険者<sup>(※3)</sup>から「がん(悪性新生物)」「急性心筋梗塞」「脳卒中」に罹患している、または罹患していたとの申し出があった場合は、「該当あり」に○をしてください。

・被保険者<sup>(※4)</sup>から申し出がない場合でも、「がん(悪性新生物)」「急性心筋梗塞」「脳卒中」で欠勤・治療中の方や、過去に欠勤・治療されていた方は「該当あり」に○をし、それ以外の方は「該当なし(申し出なし)」に○をしてください。

「該当なし(申し出なし)」で脱退通知書を提出された後でも、支払事由に該当することが判明した場合はご請求いただけますので、P.22記載のスマイフリーダイヤルまでお申し出ください。

(※1)お支払いの可否は別途ご提出いただく請求書類から判断いたします。(※2)死亡による脱退の場合は当該被保険者の相続人になります。

⑤ 所属コード(11桁) 0 2 1 0 1 0 1 2 3 4 5

⑥ 個人コードまたは被保険者番号(11桁) 0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 4

⑦ 被保険者名 (カタカナでご記入ください) ツキジ ジロウ

⑧ 家族区分 (個人型のみ) 1.配偶者

⑨ 脱退年月 ※死亡のときは記入不要です。 令和〇〇年〇〇月

⑩ 死亡日 ※死亡のときは死亡日(和暦)をご記入ください。 令和〇〇年〇〇月〇〇日

個人コードまたは被保険者番号(11桁)	被保険者名 (カタカナでご記入ください)	家族区分 (個人型のみ)	脱退年月	死亡日
02101234504	ツキジ ジロウ	1.配偶者	令和〇〇年〇〇月	年 月 日
02101234505	オオサカ ツグオ	1.配偶者	年 月	令和〇〇年〇〇月〇〇日
	セイ(姓)	メイ(名)	0.本人	1.配偶者
	セイ(姓)	メイ(名)	0.本人	1.配偶者
	セイ(姓)	メイ(名)	0.本人	1.配偶者

⑪ 脱退年月の前月20日日本税協連福祉会事務局です。5月(更新月)の締切日は、令和8年3月31日です。

例) 書類受付日 脱退年月

- 5月20日 6月
- 5月21日 7月

・締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。  
・脱退年月の1日が脱退日となります。  
・死亡の場合は死亡日をご記入ください。  
(脱退年月は死亡日の翌月となります。)

⑫ 被保険者名簿を見てご記入ください。

△ お願ひ

- ・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、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム)** または訂正印を押印ください。

⑬ 支払事由該当に関する確認結果

・いずれかに○をしてください。  
・配偶者は加入されている場合に限りませぬ。

本人	配偶者(個人型のみ)
<input type="radio"/> (該当あり) <input type="radio"/> (該当なし、申し出なし)	<input type="radio"/> (該当あり) <input type="radio"/> (該当なし、申し出なし)
<input type="radio"/> (該当あり) <input type="radio"/> (該当なし、申し出なし)	<input type="radio"/> (該当あり) <input type="radio"/> (該当なし、申し出なし)
<input type="radio"/> (該当あり) <input type="radio"/> (該当なし、申し出なし)	<input type="radio"/> (該当あり) <input type="radio"/> (該当なし、申し出なし)
<input type="radio"/> (該当あり) <input type="radio"/> (該当なし、申し出なし)	<input type="radio"/> (該当あり) <input type="radio"/> (該当なし、申し出なし)

⑭ 住友生命使用欄

店長印 インフット印 受付印

法人サービス課 令和8.1 発行

-20-

# 3大疾病保障共済制度 脱退通知書〈会社掛・個人型〉

〈生命共済制度の脱退通知書は、P.4にあります。〉

個人型(収納番号0000001)
会社掛(収納番号0000002)

↑ 該当する制度に○をしてください。

## 脱退年月の前月20日締切

(締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。)

通知日	(和暦)	年	月	日
-----	------	---	---	---

会員事務所名	様
代表者名	様
代表者税理士登録番号	
事務担当者名	<input type="checkbox"/> 上記代表者 / <input type="checkbox"/> 上記以外: 様

### 必ずご確認ください。

脱退手続きの前に、被保険者が支払事由に該当する可能性の有無をご確認ください。配偶者が脱退する場合は、配偶者についてご確認ください。<sup>(※1)</sup>

- ・脱退する被保険者<sup>(※2)</sup>に「脱退時のご説明文書(以下、説明文書)を、必ず配布してください。(P.22にあります。)
  - ・説明文書を配布後、被保険者<sup>(※2)</sup>から「がん(悪性新生物)」「急性心筋梗塞」「脳卒中」に罹患している、または罹患していたとの申し出があった場合は、「該当あり」に○をしてください。
  - ・被保険者<sup>(※2)</sup>から申し出がない場合でも、「がん(悪性新生物)」「急性心筋梗塞」「脳卒中」で欠勤中・治療中の方や、過去に欠勤・治療されていた方は「該当あり」に○をし、それ以外の方は「該当なし・申し出なし」に○をしてください。
  - ・「該当なし・申し出なし」で脱退通知書を提出された後でも、支払事由に該当することが判明した場合はご請求いただけますので、P.22記載のスマセイフリーダイヤルまでお申し出ください。
- (※1)お支払いの可否は別途ご提出いただく請求書類から判断いたします。(※2)死亡による脱退の場合は当該被保険者の相続人になります。

所属コード(11桁)										

### ※ご注意ください!

例) 5/1~31までの退職の方は、脱退年月は令和8年6月です。  
前月20日の提出期限を過ぎた場合は、脱退年月は7月になります。

個人コードまたは被保険者番号(11桁)	被保険者名 (カタカナでご記入ください)		家族区分 (個人型のみ いずれかに○)	脱退年月 ※死亡のときは記入不要です。			死亡日 ※死亡のときは死亡日(和暦)をご記入ください。				
	セイ(姓)	メイ(名)		(和暦)	年	月	日	(和暦)	年	月	日
	セイ(姓)	メイ(名)	0.本人 1.配偶者	(和暦)	年	月	日	(和暦)	年	月	日
	セイ(姓)	メイ(名)	0.本人 1.配偶者	(和暦)	年	月	日	(和暦)	年	月	日
	セイ(姓)	メイ(名)	0.本人 1.配偶者	(和暦)	年	月	日	(和暦)	年	月	日
	セイ(姓)	メイ(名)	0.本人 1.配偶者	(和暦)	年	月	日	(和暦)	年	月	日
	セイ(姓)	メイ(名)	0.本人 1.配偶者	(和暦)	年	月	日	(和暦)	年	月	日

### 支払事由該当に関する確認結果

- ・いずれかに○をしてください。
- ・配偶者は加入されている場合に限りです。

本人	配偶者(個人型のみ)
<input type="checkbox"/> 該当あり	<input type="checkbox"/> 該当あり
<input type="checkbox"/> 該当なし・申し出なし	<input type="checkbox"/> 該当なし・申し出なし
<input type="checkbox"/> 該当あり	<input type="checkbox"/> 該当あり
<input type="checkbox"/> 該当なし・申し出なし	<input type="checkbox"/> 該当なし・申し出なし
<input type="checkbox"/> 該当あり	<input type="checkbox"/> 該当あり
<input type="checkbox"/> 該当なし・申し出なし	<input type="checkbox"/> 該当なし・申し出なし
<input type="checkbox"/> 該当あり	<input type="checkbox"/> 該当あり
<input type="checkbox"/> 該当なし・申し出なし	<input type="checkbox"/> 該当なし・申し出なし

書類締切の基準

脱退年月の前月20日日本税協連福祉会必着です。5月(更新月)の締切日は、令和8年3月31日です。

例	書類受付日	脱退年月
	5月20日	6月
	5月21日	7月

- ・締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。
- ・脱退年月の1日が脱退日となります。
- ・死亡の場合は死亡日をご記入ください。(脱退年月は死亡日の翌月となります。)

・被保険者名簿を見てご記入ください。

### お願い

- ・記入事項を訂正または抹消されるときは、=(二重線)を引いて、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印**を押印ください。

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

## 脱退時のご説明文書（保険金のお支払事由に該当されていないかご確認ください）

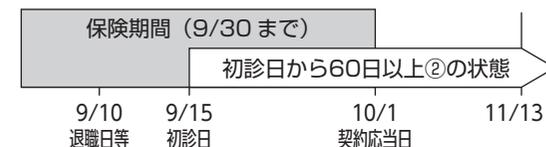
ご加入いただいております「3大疾病保障共済制度」の保障の終了にあたり、保険期間中に以下の3大疾病保険金のお支払対象となる状態に該当されていないかご確認ください。（配偶者が加入されている場合、配偶者についてもご確認ください。）該当する場合や該当すると思われる場合には、できるだけ早く下記の照会先窓口（スマセイフリーダイヤル）までご連絡ください。

疾病名	お支払対象となる状態
がん (悪性新生物)	<p>生まれて初めて約款所定のがん（悪性新生物）になったと医師によって病理組織学所見（生検）により診断確定されたとき。ただし、次の3点は該当しません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× 上皮内新生物（病変が上皮内に限定しているもの） 例：子宮頸部の上皮内がん・高度異形成、食道上皮内がん、非浸潤性乳管がん ※結腸または直腸の粘膜がんは悪性新生物と同じお取扱いとなり支払対象です。</li> <li>× 皮膚がん（悪性黒色腫を除く） 例：有棘細胞がん、ボーエン病、基底細胞がん・外耳道がん</li> <li>× 責任開始日から90日以内に診断確定されたがん（悪性新生物）</li> </ul>
急性心筋梗塞	<p>約款所定の急性心筋梗塞を発病し、次のいずれかに該当されたとき</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①急性心筋梗塞の治療を直接の目的とした公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に定められた手術（冠動脈形成術、冠動脈ステント留置術等）を受けられたとき</li> <li>②初めて医師の診療を受けられた日から60日以上、労働の制限を必要とする状態が継続したと医師によって診断されたとき</li> </ol> <p>（※1）軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。</p>
脳卒中	<p>約款所定の脳卒中（※2）を発病し、次のいずれかに該当されたとき</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①脳卒中の治療を直接の目的とした公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に定められた手術（頭蓋内血腫除去術等）を受けられたとき</li> <li>②初めて医師の診療を受けられた日から60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続したと医師によって診断されたとき</li> </ol> <p>（※2）くも膜下出血、小脳出血、脳溢血、脳動脈瘤破裂、脳出血、脳室出血、脳血管破裂、脳血栓、脳塞栓、脳梗塞、小脳梗塞 等も脳卒中に含まれます。</p>

### 保障の終了後でもお支払いの対象になる場合について

急性心筋梗塞と脳卒中については、被保険者の保障が終了した後にお支払事由の②に該当した場合であっても、初診日がその被保険者の保険期間中<sup>(※)</sup>にある場合には、お支払いの対象となることがあります。  
※保険期間は、被保険者の退職日等の属する月の保険料が払い込まれている場合、退職日等の直後の契約応当日前日までです。保険期間が不明の際は下記の照会先窓口までご照会ください。

（例）11/13時点で②の状態に該当している場合、お支払いの対象となります



※お支払いの可否は、住友生命保険相互会社の約款に基づいての判断となります。約款に定めるお支払事由に該当していない場合等には、保険金をお支払いできないことがありますので、ご了承ください。

保険金のご請求手続きに関するご照会は下記にお問合せください。

スマセイフリーダイヤル（団体保険支払室）

0120-307191

受付時間：月～金曜日 午前9時～午後5時  
（祝日・12/31～1/3を除く）

# ご加入者の事項に関する諸変更手続き〈会社掛・個人型〉

変更通知書はP.24の用紙をコピーの上で使用ください。

- 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。
- 所属変更の場合は毎月10日迄に日本税協連福祉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。

## 変更通知書の記入要領

- ・記入事項を訂正または抹消される時は、= (二重線) を引いて、**事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム) または訂正印**を押印ください。
- ・所属コード、個人コード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。
- ・性別や生年月日の相違で訂正する場合には、掛金に変動を生じる場合があります。

① 該当の制度(収納番号)に○をしてください。

② 通知日

本通知書の記入日をご記入ください。

③ 会員事業所名・代表者名・事務担当者名

必ずご記入ください。

④ 所属コード・個人コード・家族区分

被保険者名簿より転記ください。

⑤ 変更年月

所属変更の場合のみご記入ください。

毎月10日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日変更です。

⑥ 被保険者名

氏名変更・訂正の場合は旧被保険者名をご記入ください。

**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。

⑦ 変更事項記入欄

- ・該当の変更事項についてご記入ください。
- ・所属税協・代表者変更の場合は所属コード・個人コードが変更になります。新所属コード・新個人コードにつきましては、お問い合わせください。

## 変更通知書ご記入例

住友生命保険相互会社 行 証券番号564000520		(契約者)日本税協連福祉会様																																	
<p>①</p> <table border="1"> <tr> <td>個人型(収納番号0000001)</td> </tr> <tr> <td>会社掛(収納番号0000002)</td> </tr> </table> <p>↑ 該当する制度に○をしてください。</p>		個人型(収納番号0000001)	会社掛(収納番号0000002)	<p>3大疾病保障共済制度 変更通知書〈会社掛・個人型〉</p> <p>②</p> <p>通知日 (和暦) 令和〇〇年〇〇月〇〇日</p>																															
個人型(収納番号0000001)																																			
会社掛(収納番号0000002)																																			
<p>④</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="11">(現在の)所属コード(11桁)</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table>		(現在の)所属コード(11桁)											0	2	1	0	1	0	1	2	3	4	5	<p>⑤</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">変更年月</td> </tr> <tr> <td>(和暦)</td> <td>令和〇〇年〇〇月</td> </tr> </table>		変更年月		(和暦)	令和〇〇年〇〇月						
(現在の)所属コード(11桁)																																			
0	2	1	0	1	0	1	2	3	4	5																									
変更年月																																			
(和暦)	令和〇〇年〇〇月																																		
<p>⑥</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="4">(旧)被保険者名(カタカナでご記入ください)</td> <td colspan="2">家族区分(個人型のみいづれかに○)</td> </tr> <tr> <td>セイ(姓)</td> <td>メイ(名)</td> <td colspan="2"></td> <td>0. 本人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>トチギ</td> <td>ミカ</td> <td colspan="2"></td> <td>1. 配偶者</td> <td></td> </tr> </table>		(旧)被保険者名(カタカナでご記入ください)				家族区分(個人型のみいづれかに○)		セイ(姓)	メイ(名)			0. 本人		トチギ	ミカ			1. 配偶者		<p>⑦ 変更所のみご記入ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>① 所属コード変更 (新)所属コード(11桁)</td> <td>② 個人コード変更 (新)個人コード(11桁)</td> <td rowspan="2">⑤ その他</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>③ 被保険者名変更 (新)被保険者名(カタカナでご記入ください)</td> <td>④ 性別・生年月日訂正</td> <td></td> </tr> <tr> <td>セイ(姓) タナカ</td> <td>メイ(名) ミカ</td> <td>性別 (和暦) 男 女</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>生年月日 年 月 日</td> </tr> </table>		① 所属コード変更 (新)所属コード(11桁)	② 個人コード変更 (新)個人コード(11桁)	⑤ その他			③ 被保険者名変更 (新)被保険者名(カタカナでご記入ください)	④ 性別・生年月日訂正		セイ(姓) タナカ	メイ(名) ミカ	性別 (和暦) 男 女			生年月日 年 月 日
(旧)被保険者名(カタカナでご記入ください)				家族区分(個人型のみいづれかに○)																															
セイ(姓)	メイ(名)			0. 本人																															
トチギ	ミカ			1. 配偶者																															
① 所属コード変更 (新)所属コード(11桁)	② 個人コード変更 (新)個人コード(11桁)	⑤ その他																																	
③ 被保険者名変更 (新)被保険者名(カタカナでご記入ください)	④ 性別・生年月日訂正																																		
セイ(姓) タナカ	メイ(名) ミカ	性別 (和暦) 男 女																																	
		生年月日 年 月 日																																	
<p>③ 会員事業所名 東京一郎税理士事務所 様</p> <p>代表者名 代表 東京一郎 様</p> <p>代表者税理士登録番号 0 1 2 3 4 5</p> <p>事務担当者名 <input checked="" type="checkbox"/> 上記代表者 / <input type="checkbox"/> 上記以外: 様</p>																																			
<p>・被保険者名簿を見てご記入ください。</p> <p><b>お願い</b></p> <p>・記入事項を訂正または抹消される時は、= (二重線) を引いて、<b>事業所事務担当者様の訂正署名(漢字フルネーム) または訂正印</b>を押印ください。</p> <p>【個人情報の取扱いについて】 この保険の運営に当たっては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、給付・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取組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。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。</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、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。</p>																																			
<p>住友生命使用欄</p> <table border="1"> <tr> <td>高検印</td> <td>インプリント印</td> <td>受付印</td> </tr> </table>			高検印	インプリント印	受付印	<p>法人サービス室 令和8.1 保存印</p>																													
高検印	インプリント印	受付印																																	



# 保険金のご請求

加入者が所定の3大疾病（がん（悪性新生物）、急性心筋梗塞、脳卒中）によってお支払いの要件に該当された場合は、日本税協連福祉社会事務局へご連絡ください。

## 1. 保険金の受取人

- ・加入者（保障の対象となる方）自身

## 2. 保険金の請求と代理請求

- ・保険金は、当会を通じて保険会社に請求します。
- ・加入者が、傷害または疾病により請求の意思表示ができない、疾病名の告知を受けていない等により保険金を請求できないときは、代理請求人が加入者の代理人として保険金を請求できます。  
代理請求人は請求時において所定の要件を満たす必要があります。

## 3. 以下の事項を必ずご確認ください。日本税協連福祉社会事務局へご連絡ください。ご請求手続きのご案内と必要書類を住友生命よりお届けします。

ご契約内容	病気の詳細内容
証券番号（564000520）	原因となった病名やその発病時期
被保険者番号または個人コード	手術日、手術名（手術を受けている場合）
被保険者（加入者）名	がん（悪性新生物）と診断された日

\* 保険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）

支払事由が発生して不明な点がある場合等は、保険金支払に際し、会員事務所・加入者・担当医等に状況を確認させていただくことができます。

## 会員事務所登録事項の変更手続きについて<生命共済制度・3大疾病保障共済制度 共通>

- 会員事務所名等以下の変更が生じた場合は日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。手続き方法をご案内いたします。
- 毎月10日迄に日本税協連福祉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。

### <手続きが必要な事項>

- ・会員事務所名の変更
- ・会員事務所住所の変更
- ・代表者の変更
- ・掛金振替口座の変更

## その他ご留意いただく点

### ・自動更新について

毎年5月1日～翌年4月30日までの1年間が保険期間です。以後原則、1年ごとに自動的に更新いたします。  
保険期間途中の中途加入者についてはその中途加入日より令和9年4月30日までが、初年度の保険期間となります。  
保険期間途中の中途増額分についても同様です。

### ・掛金について

掛金をご加入者の異動やご加入内容の変更がなければ、毎年5月～翌年4月までは同一の掛金となります。  
(毎年更新時に掛金の見直しを行います。制度の規模等に変動がある場合は掛金も変動する場合がございます。)

### ・掛金の振替について

収納代行会社「株式会社シーエスエス（略称CSS）」に委託して、ご指定の金融機関預金口座より当月分掛金を当月27日（土日祝祭日の場合は翌営業日）に自動的に引き落しいたします。  
お取扱いの詳細はP.27「掛金の振替」をご参照ください。

### ・配当金について

1年ごとに収支計算を行い剰余金が生じた場合には配当金が各会員事務所に支払われますが、本制度の安定、拡充のために配当金の一部を充当することがあります。配当率は支払時期の前年度決算により決定しますので、将来支払われる配当金額は現時点では確定しておりません。また、支払保険金の多寡などにより配当金は大きく変動します。

(保険期間中に脱退された方には、その脱退理由にかかわらず配当金は支払われません。)

お支払いの時期、方法につきましてはその都度ご連絡いたしますが、毎年7月中旬頃の送金を予定しております。

## 掛金の振替

- 掛金の振替は、毎月27日（土日祝祭日の場合翌営業日）となります。
- 掛金の振替は収納代行会社「株式会社シーエスエス（略称CSS）」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。

### 掛金振替に際しご留意いただく点

#### ○掛金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掛金の振替ができなかった場合には、翌月27日（土日祝祭日の場合は翌営業日）に2カ月分の掛金の振替を行います。
- ・翌月に2カ月分の振替ができない場合には、掛金の未入金月の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、保険金・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。

#### ○掛金（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。

#### <シーエスエス令和8年度振替日程>

掛金充当年月	振替日
令和8年 5月	5月27日（水）
6月	6月29日（月）
7月	7月27日（月）
8月	8月27日（木）
9月	9月28日（月）
10月	10月27日（火）
11月	11月27日（金）
12月	12月28日（月）
令和9年 1月	1月27日（水）
2月	3月1日（月）
3月	3月29日（月）
4月	4月27日（火）

# 日本税協連福祉会 保険年齢早見表

※令和8年度（令和8年5月1日～令和9年4月1日）加入の場合

保険年齢	生年月日
80歳	昭20年11月2日～昭21年11月1日
79	昭21年11月2日～昭22年11月1日
78	昭22年11月2日～昭23年11月1日
77	昭23年11月2日～昭24年11月1日
76	昭24年11月2日～昭25年11月1日
75歳	昭25年11月2日～昭26年11月1日
74	昭26年11月2日～昭27年11月1日
73	昭27年11月2日～昭28年11月1日
72	昭28年11月2日～昭29年11月1日
71	昭29年11月2日～昭30年11月1日
70歳	昭30年11月2日～昭31年11月1日
69	昭31年11月2日～昭32年11月1日
68	昭32年11月2日～昭33年11月1日
67	昭33年11月2日～昭34年11月1日
66	昭34年11月2日～昭35年11月1日
65歳	昭35年11月2日～昭36年11月1日
64	昭36年11月2日～昭37年11月1日
63	昭37年11月2日～昭38年11月1日
62	昭38年11月2日～昭39年11月1日
61	昭39年11月2日～昭40年11月1日
60歳	昭40年11月2日～昭41年11月1日
59	昭41年11月2日～昭42年11月1日
58	昭42年11月2日～昭43年11月1日
57	昭43年11月2日～昭44年11月1日
56	昭44年11月2日～昭45年11月1日

保険年齢	生年月日
55歳	昭45年11月2日～昭46年11月1日
54	昭46年11月2日～昭47年11月1日
53	昭47年11月2日～昭48年11月1日
52	昭48年11月2日～昭49年11月1日
51	昭49年11月2日～昭50年11月1日
50歳	昭50年11月2日～昭51年11月1日
49	昭51年11月2日～昭52年11月1日
48	昭52年11月2日～昭53年11月1日
47	昭53年11月2日～昭54年11月1日
46	昭54年11月2日～昭55年11月1日
45歳	昭55年11月2日～昭56年11月1日
44	昭56年11月2日～昭57年11月1日
43	昭57年11月2日～昭58年11月1日
42	昭58年11月2日～昭59年11月1日
41	昭59年11月2日～昭60年11月1日
40歳	昭60年11月2日～昭61年11月1日
39	昭61年11月2日～昭62年11月1日
38	昭62年11月2日～昭63年11月1日
37	昭63年11月2日～平1年11月1日
36	平1年11月2日～平2年11月1日
35歳	平2年11月2日～平3年11月1日
34	平3年11月2日～平4年11月1日
33	平4年11月2日～平5年11月1日
32	平5年11月2日～平6年11月1日
31	平6年11月2日～平7年11月1日

保険年齢	生年月日
30歳	平7年11月2日～平8年11月1日
29	平8年11月2日～平9年11月1日
28	平9年11月2日～平10年11月1日
27	平10年11月2日～平11年11月1日
26	平11年11月2日～平12年11月1日
25歳	平12年11月2日～平13年11月1日
24	平13年11月2日～平14年11月1日
23	平14年11月2日～平15年11月1日
22	平15年11月2日～平16年11月1日
21	平16年11月2日～平17年11月1日
20歳	平17年11月2日～平18年11月1日
19	平18年11月2日～平19年11月1日
18	平19年11月2日～平20年11月1日
17	平20年11月2日～平21年11月1日
16	平21年11月2日～平22年11月1日
15歳	平22年11月2日～平23年11月1日

