

コーセイ・アルビオングループの従業員、退職者の皆さまへ

幅広く備えて未来を守る

フォワード
Forward

わたしと家族の保険

令和
7年度版

ライフステージに合わせて暮らしに寄り添う安心の選び方。

保険期間（ご契約期間）	令和7年7月1日午後4時から1年間
加入締切日	令和7年5月30日（金）
加入申込票提出先	コーセイ保険サービス株式会社



美しく健康的で幸せな生活のサポートを実現する。

そのような願いを込めて、

わたしと家族の保険をみなさまへお届けします。

index

安心セレクト保険	P. 03
【基本補償】ケガの補償	
日常生活のケガの補償 (普通傷害)	
交通事故のケガの補償 (交通傷害)	
【オプション補償】ケガによる傷害死亡・後遺障害	
本人介護一時金補償 ★	
日常生活賠償補償	
携行品損害補償	
弁護士費用補償	
親介護保険 ★	P. 07
GLTD (団体長期障害所得補償保険) ★	P. 08
団体ゴルファー保険	P. 09

継続加入のみ

こども総合保険	P. 13
所得補償保険 ★	P. 14
団体日常生活賠償保険	P. 14

※上記★付きの補償項目は年末調整 (生命保険料控除) の対象となり、現役の方は申告不要です。

加入申込票記入例	P. 15
お申込にあたってのご注意	P. 21

ご加入時のチェックポイント

保険選びから加入までで、一番大切なのは「人まかせにしないこと」。
「必要なときに十分な補償がうけられない」なんてことにならないよう、
じっくり検討したうえで加入しましょう。

Step.1

自分自身や家族にとってのリスクを考える

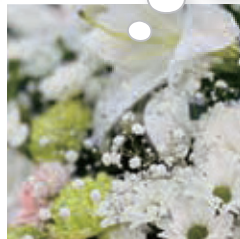
これからの生活や環境で、自分やご家族にとって様々なリスクを想定することが保険選びの大切なポイントとなります。
次のような場面を想像しながら自分と家族を取り巻くリスクを考えてみましょう。

例えば

ケガで入院することになったときの
様々な費用負担は…



思いがけない事故で
自分が亡くなったら残された
家族の生活は…



事故により自分が
要介護状態となったら
初期にかかる費用負担は…



外出中に
カバンを盗難されて
しまったら？

Step.2

パンフレットで補償の内容を確認しましょう

リスクが把握できたら、そのリスクをカバーする補償の内容についてパンフレットでしっかり確認することが大切です。

必要な補償がきちんと備わっているか、しっかり確認しましょう。

Step.3

自分や家族にピッタリの補償を選びましょう

補償の内容を把握したら、自分に必要なプランを選んでいきます。

最終確認

お申込みは正確に記入しましょう

お申込みに際しては、健康状態告知などの重要な項目があります。正確に記入してください。事実と違っていただけ、保険金が支払われなかったり、ご契約を解除することがありますのでご注意ください。

安心セレクト保険 (団体総合生活補償保険 傷害補償(MS&AD型)特約セット)

団体割引率
15%

従業員
ご本人

退職者
ご本人

配偶者

子ども

両親

兄弟
姉妹

ご本人の
同居の
親族

ご加入対象者

コーセー・アルピオングループの役員・従業員・退職者ご本人およびご家族の方(配偶者、子ども、両親、兄弟姉妹、ご本人の同居の親族)となります。

※加入申込票の記入例はP.15～P.16をご参照ください。

本保険の特色

- 国内・国外問わず、急激・偶然な外来の事故によるケガを補償します。ケガによる通院1日目から補償します。(90日限度)
- **交通事故を含む日常生活のケガの補償タイプ(加入タイプA)**と**交通事故のケガのみに限定した補償タイプ(加入タイプB)**のいずれかから選択できます。
- 充実したオプションから、ひとりひとりに合った補償を選択することができます。

Step.1 最初に、基本補償をいずれかからご検討ください。

加入タイプ
A

**日常生活の
ケガの補償**
(普通傷害)

基本補償

交通事故を含む、日常生活で発生したすべての急激・偶然・外来の事故によるケガを補償の対象とします。

1口あたり補償内容

傷害入院保険金日額1,500円、傷害通院保険金日額1,000円、
傷害手術保険金額(入院中15,000円/入院中以外7,500円)
<自動セット>熱中症危険補償特約、天災危険補償特約

1口あたり月払保険料

400円

加入上限口数

5口まで

必要な補償に
チェックしましょう



加入タイプ
B

**交通事故の
ケガの補償**
(交通傷害)

基本補償

交通乗用具(自転車、自動車等※)との接触や交通乗用具搭乗中の事故、または駅構内での急激・偶然・外来の事故によるケガを補償の対象とします。

1口あたり補償内容

傷害入院保険金日額5,000円、傷害通院保険金日額1,000円、
傷害手術保険金額(入院中50,000円/入院中以外25,000円)
交通事故危険のみ補償特約セット

1口あたり月払保険料

220円

加入上限口数

5口まで

必要な補償に
チェックしましょう



※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合についてはP.5QRコード「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。

【傷害入院保険金】

事故による**ケガ**の治療のため、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に入院(日帰り入院も対象となります)をした場合に、1事故につき180日を限度にお支払いします。(免責期間0日)

※日帰り入院とは、早朝にケガをし入院したが、当日夕方には退院したような場合で、入院に該当するか否かは「入院管理料等」支払いの有無で判断します。

【傷害通院保険金】

事故による**ケガ**の治療のため通院した場合に、事故の発生の日からその日を含めて180日以内の通院を対象として、1事故につき90日を限度にお支払いします。(免責期間0日)

【傷害手術保険金】

事故による**ケガ**の治療のため、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に受けた手術について、入院中の手術は傷害入院保険金日額の10倍、入院中以外の手術は傷害入院保険金日額の5倍をお支払いします。

毎年の酷暑と頻発する自然災害の備えのために

日常生活のケガの補償に自動セットされる2つの特約

加入タイプ
Aのみ
自動セット



熱中症危険補償特約

日射・熱射により被った身体の障害について、入院、通院、手術を補償します。



天災危険補償特約

地震・噴火・津波によってケガをした場合に保険金をお支払いします。

お支払いする保険金は、傷害入院保険金、傷害通院保険金、傷害手術保険金となります。

Step.2 下記から必要な補償のオプションをご検討ください。※オプション単独でのご加入はできません。



【ケガによる傷害死亡・後遺障害】

国内・国外を問わず、交通事故はもちろん、ガス爆発・建物火災によるケガ、工作中・スポーツ中・旅行中・家庭内外の日常生活における事故による次の損害を補償します。

- 傷害死亡保険金
事故によるケガのため、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に死亡した場合にお支払いします。
- 傷害後遺障害保険金
事故によるケガのため、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に約款所定の後遺障害が発生した場合、程度に応じて傷害死亡・後遺障害保険金額の4%~100%をお支払いします。

オプション C	1口あたり保険金額	1口あたり月払保険料	加入上限口数
	50万円	50円	5口まで

必要な補償に
チェックしましょう



【本人介護一時金補償】

※この補償のご加入対象者は

従業員
ご本人

退職者
ご本人

のみとなります。

被保険者ご本人が要介護状態^{※1}となり、その状態が90日を超えて継続した場合に、介護一時金をお支払いします。

- ・保険期間1年 フランチャイズ期間^{※2}90日
- ・要介護3以上から要介護2以上への補償範囲拡大に関する特約（介護一時金支払特約用）セット

※1 寝たきりまたは認知症により介護が必要な状態をいいます。ただし、公的介護保険制度の要介護認定を受けた場合は、要介護状態区分「2」以上の状態をいいます。

※2 フランチャイズ期間とは、所定の要介護状態が一定期間を超えて継続した場合に保険金をお支払いしますが、その一定期間のことをいいます。

(注) 介護一時金支払特約について、引受保険会社が保険金をお支払いした場合は、継続時に必ず補償内容の見直しが必要となりますので、ご注意ください。

オプション
D

1口あたり保険金額	1口あたり月払保険料	加入上限口数
50万円	0(生後15日以上)才~49才	10円
	50才~54才	20円
	55才~59才	50円
	60才~64才	110円
	65才~69才	250円
	70才~74才	570円
	75才~79才	1,260円
	80才~84才	3,180円
	85才~89才	6,500円

必要な補償に
チェックしましょう



【日常生活賠償補償】

示談交渉サービス付き(*) (日本国内で発生した賠償事故に限ります。)

国内外問わず、偶然な事故により他人の身体を傷つけたり、他人の財物に損害を与えたり、日本国内で電車等の運行不能について、法律上の損害賠償責任を負った場合に日常生活賠償保険金をお支払いします。(免責金額0円)

補償重複

補償の対象となる方の範囲

- ①：被保険者ご本人 ②：①の配偶者
- ③：①または②の同居の親族(6親等内の血族および3親等内の姻族をいいます)
- ④：①または②の別居の未婚(これまでに婚姻歴がないこと)の子

(注) 被保険者が責任無能力者の場合、その方に関する事故については、その方の親権者、その他の法定監督義務者および監督義務者に代わって、責任無能力者を監督する親族を被保険者として扱います。

(*) 話し合いでの解決が困難な場合等、引受保険会社は必要に応じ被保険者の同意を得たうえで弁護士に対応を依頼することがあります。

オプション
E1

1口あたり保険金額	1口あたり月払保険料	加入上限口数
1億円	130円	1口まで

必要な補償に
チェックしましょう



オプション
E2

1口あたり保険金額	1口あたり月払保険料	加入上限口数
3億円	140円	1口まで

必要な補償に
チェックしましょう





【携行品損害補償】

国内外問わず、偶然な事故により被保険者が携行している被保険者所有の身の回り品に損害が発生した場合に携行品損害保険金をお支払いします。
(免責金額3,000円)

補償重複

- 携行品とは…
被保険者の居住の用に供される住宅（敷地を含みます）の外において、被保険者が携行している被保険者所有の身の回り品をいいます。
- 携行品の例
定期券、デジタルカメラ、ビデオカメラ、腕時計、スキー板、スノーボード、テニスラケット等
- 携行品とならないもの
携帯電話、スマートフォン、ノート型パソコン、眼鏡、株券、切手、預貯金証書、キャッシュカード、クレジットカード、パスポート、自転車、義歯、コンタクトレンズ、動物 等
※保険の対象に含まれない物があります。詳細は「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。
- 損害額の限度について
1事故につき携行品1個、1組または1対あたり10万円。ただし、通貨・乗車券等は合計5万円
※新価保険特約（携行品損害補償特約用）自動セット

オプション F1	1口あたり保険金額	1口あたり月払保険料	加入上限口数
	10万円	80円	1口まで
オプション F2	1口あたり保険金額	1口あたり月払保険料	加入上限口数
	20万円	130円	1口まで
オプション F3	1口あたり保険金額	1口あたり月払保険料	加入上限口数
	30万円	200円	1口まで

必要な補償に
チェックしましょう



必要な補償に
チェックしましょう



必要な補償に
チェックしましょう



【弁護士費用補償】

日本国内において偶然な事故により、ケガをしたり自宅や家財に損壊を受け、損害賠償請求を弁護士等に委任、または法律相談を行った場合に発生した費用に対し、保険金をお支払いします。(弁護士費用等保険金・法律相談費用保険金)。

補償重複

オプション H	1口あたり保険金額	1口あたり月払保険料	加入上限口数
	弁護士費用等300万円 法律相談費用10万円	260円	1口まで

必要な補償に
チェックしましょう



補償の対象となる方の範囲

- ①：被保険者ご本人 ②：①の配偶者
③：①または②の同居の親族(6親等内の血族および3親等内の姻族をいいます)
④：①または②の別居の未婚(これまでに婚姻歴がないこと)をいいます)の子

補償重複マークがある特約をセットする場合、補償内容が同様の保険契約（団体総合生活補償保険以外の保険契約にセットされた特約や引受保険会社以外の保険契約を含みます）が他にあるときは、補償が重複することがあります。補償が重複すると、補償対象となる事故による損害については、いずれの保険契約からでも補償されますが、損害の額等によってはいずれか一方の保険契約からは保険金が支払われない場合があります、保険料が無駄になることがあります。補償内容の差異や保険金額等を確認し、特約の可否を判断のうえ、ご加入ください。

※複数あるご契約のうち、これらの特約を1つのご契約のみにセットしている場合、ご契約を解約したときや、家族状況の変化（同居から別居への変更等）により被保険者が補償の対象外になったとき等は、特約の補償がなくなることがありますのでご注意ください。



(注) 日常生活賠償補償、携行品損害補償、弁護士費用補償はご選択いただいた保険金額を上限として、実際にかかった費用を補償します。

【重要事項のご説明等】

・各QRコードよりお支払いする保険金および費用保険金のご説明・重要事項のご説明・健康状態告知についてのご案内・サービスのご案内をご確認ください。

・各QRコードからご確認ください場合は取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。
※QRコードは(株)デンソーウェブの登録商標です。

お支払いする保険金
および費用保険金
のご説明



GN23D010034

重要事項の
ご説明



GN22D010833

健康状態
告知について
のご案内



GN22D010755

サービスの
ご案内



GN24-300006



芽郁ファミリーが加入した補償の一例

芽郁 たか子さん (38才)

- ・従業員ご本人
- ・週末はカメラを片手に散策するのが趣味

家族が考えるリスク

万が一の事故に備えて、ケガの補償はしっかり加入しておきたい。もちろん、亡くなったり、介護状態になった時のことも考えて。大切な一眼レフのカメラを落として壊したときの補償も入っておこう！

選んだ補償の内容

選択した補償		保険金額	月払保険料
基本	A 普通傷害 3口	入院4,500円 通院3,000円	1,200円
オプション	C 傷害死亡・後遺障害 2口	100万円	100円
	D 本人介護一時金補償 5口	250万円	50円
	F1 携行品損害補償 1口	10万円	80円
月払保険料 (合計)			1,430円/月

芽郁 太郎さん (40才)

- ・会社員 (夫)
- ・スポーツマンタイプ。
ジョギングで汗を流すのが趣味

家族が考えるリスク

いつも気を付けてジョギングしているけど、最近自転車が急に飛び出してきてヒヤとしたこともあったな。交通事故のケガの補償はしっかり備えたい。家族が事故を起こした時のことも考えて。

選んだ補償の内容

選択した補償		保険金額	月払保険料
基本	B 交通傷害 1口	入院5,000円 通院1,000円	220円
オプション	C 傷害死亡・後遺障害 5口	250万円	250円
	E2 日常生活賠償補償 1口	3億円	140円
	H 弁護士費用補償 1口	弁護士費用等300万円 法律相談費用10万円	260円
月払保険料 (合計)			870円/月

芽郁 はなさん (12才)

- ・明るく活発な女の子 (娘)
- ・部活動はテニス部

家族が考えるリスク

毎日テニスの練習で忙しいわ。友達が練習で転んでケガして、長い間病院に通ってたっけ。大事なラケットが壊れたり、遠征中に盗まれたら大変！ママに保険入っておいてもらおう。

選んだ補償の内容

選択した補償		保険金額	月払保険料
基本	A 普通傷害 2口	入院3,000円 通院2,000円	800円
オプション	F1 携行品損害補償 1口	10万円	80円
月払保険料 (合計)			880円/月

芽郁 友子さん (71才)

- ・同居する太郎さんの母
- ・社交的で多彩な趣味を持つ

家族が考えるリスク

毎日お友達とお茶しながらお話するのが日課。趣味も多彩で教室に通うことも多く、元気に過ごしています。先日坂道で転んでしまったけど、骨折しなくてよかったわ。

選んだ補償の内容

選択した補償		保険金額	月払保険料
基本	A 普通傷害 3口	入院4,500円 通院3,000円	1,200円
月払保険料 (合計)			1,200円/月

※日常生活賠償補償と弁護士費用補償は、太郎さんが加入することでたか子さん、はなさん、友子さんも補償の対象となります。(詳細は 4.5 ページをご参照ください。)

親介護保険

(団体総合生活補償保険 傷害補償 (MS&AD型) 特約 親介護一時金支払特約セット)

団体割引率
15%

従業員
ご本人

退職者
ご本人

配偶者

子ども

両親

兄弟
姉妹

ご本人の
同居の
親族

ご加入対象者

コーセー・アルピオングループの役員・従業員ご本人またはその配偶者であり、特約被保険者(親)が、令和7年7月1日時点において満40才～89才の方に限ります。

※加入申込票の記入例はP.17～P.18をご参照ください。

本保険の特色

- 親が要介護状態(注)となり、その状態が90日を超えて継続した場合に親介護一時金が支払われます。
- 被保険者で本人が事故によるケガのために死亡したとき、または所定の後遺障害状態になったときに傷害死亡・後遺障害保険金が支払われます。
- 介護に関する不安を軽減するサービスを提供します。
- ご加入にあたって医師の診査は不要です。親の健康状態を確認し、代理して告知を行うので別居の親でもお手続きしやすくなっています。

(注) 寝たきりまたは認知症により介護が必要な状態を言います。ただし、公的介護保険制度の要介護認定を受けた場合は、要介護区分「2」以上の状態を言います。

※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。



補償内容

保険プラン

基本補償と親介護一時金はセットでご加入いただく保険です。

基本補償のみ、オプション補償のみのご加入はできません。

基本			基本 S
基本補償 (被保険者本人)	役員・従業員ご本人 または配偶者	事故によるケガで、死亡したとき／ 所定の後遺障害状態になったとき	傷害死亡・ 後遺障害保険金額100万円
+			
オプション			オプション K1 K2 K3
親介護一時金 (特約被保険者)	役員・従業員の親、配偶者の 親あわせて最大4名まで ご加入いただけます(同居・ 別居は問いません)	所定の要介護 状態になった とき	親介護一時金保険金額 50万円 100万円 200万円

保険金額と保険料(月払)

傷害死亡・後遺障害保険金

被保険者1名あたりの月払保険料

基本名	S
被保険者年齢に 関わらず一律	110円

・フランチャイズ期間※ 90日

・要介護3以上から要介護2以上への補償範囲拡大に関する特約(介護一時金支払特約用)セット

・親介護一時金支払特約部分の保険金の受取りは特約被保険者(親)となります。
※フランチャイズ期間とは、所定の要介護状態が一定期間を超えて継続した場合に保険金をお支払いしますが、その一定期間のことをいいます。

(注) 親介護一時金支払特約について、引受保険会社が保険金をお支払いした場合は、継続時に必ず補償内容の見直しが必要となりますので、ご注意ください。

(注) 親2～4名がご加入される場合、それぞれの年齢別の保険料を加算します。
同一オプション(同一保険金額)でのご加入となります。

(注) 引受保険会社が親介護一時金をお支払いする場合は、保険期間満了までの保険期間の特約保険料金額を一括して払い込んでいただく必要があります。

親介護一時金

特約被保険者(親)1名あたりの月払保険料

オプション名		K1	K2	K3
令和7年7月1日時点の 特約被保険者(親)の満年齢	40～44才	10円	10円	20円
	45～49才	10円	20円	40円
	50～54才	20円	40円	80円
	55～59才	50円	90円	190円
	60～64才	110円	210円	420円
	65～69才	250円	500円	1,000円
	70～74才	570円	1,130円	2,260円
	75～79才	1,260円	2,510円	5,020円
	80～84才	3,180円	6,350円	12,710円
	85～89才	6,500円	12,990円	25,980円

【重要事項のご説明等】

・各QRコードよりお支払いする保険金および費用保険金のご説明・重要事項のご説明・健康状態告知についてのご案内・サービスのご案内をご確認ください。

・各QRコードからご確認ください場合は取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。
※QRコードは㈱デンソーウェーブの登録商標です。

お支払いする保険金
および費用保険金
のご説明



GN23D010034

重要事項の
ご説明



GN22D010833

健康状態
告知について
のご案内



GN22D010755

サービスの
ご案内



GN24-300006

ご加入対象者

令和7年7月1日時点において、満59才以下の方でかつコーセー・アルビオングループの従業員ご本人で、告知日時点で、正常に勤務されている方に限ります。

※加入申込票の記入例はP.19～P.20をご参照ください。

本保険の特色

- てん補期間60才までの『長期補償型』の所得補償です。
- 就業障害となって働けなくなったときにお支払いする保険です。

補償内容

国内・国外を問わず、お仕事中や日常生活の間に被った病気やケガで、**91日以上就業障害(免責期間90日)**となった際の一定の収入を補償します。

- ・ てん補期間は、60才に達した日(※)まで、または3年間のいずれか長い期間です。
- (※) 60才に達した日とは、60才の誕生日の前日をいいます。
- ・ 復職後も引き続き補償します。(障害が残り復職した場合、健康時の80%未満の所得であればその所得の喪失割合に応じて保険金が引き続き支払われます。)
- ・ 令和7年7月1日時点の満年齢により保険料が決まりますのでご注意ください。
- ・ 精神障害による就業障害も補償します。(最長2年間)
- ・ 妊娠に伴う就業障害も補償します。(女性のみ)

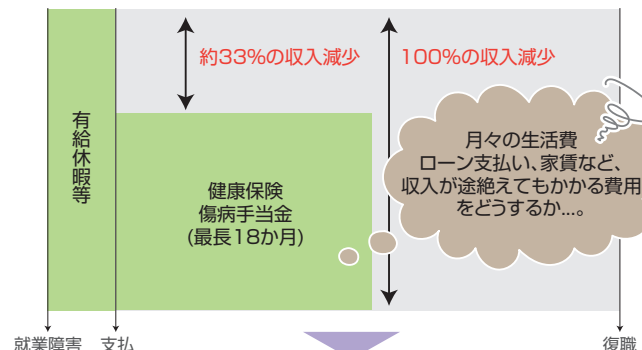
※補償内容および保険金を支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。

保険金額(ご契約金額)と保険料(月払)

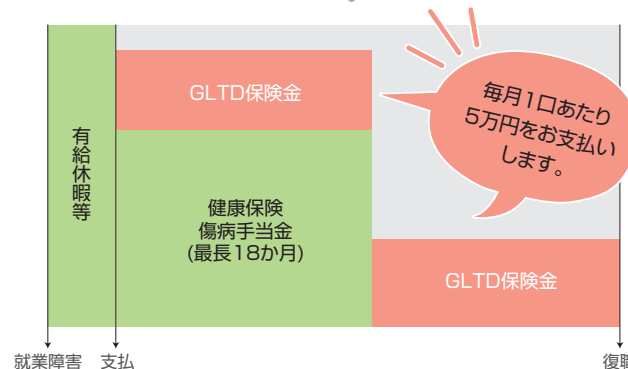
1口あたり保険金額 (月額)	1口あたり月払保険料			加入上限口数
	満年齢	1N(男性)	1Y(女性)	
5万円	15～24才	445円	339円	5口まで
	25～29才	468円	473円	
	30～34才	563円	626円	
	35～39才	721円	886円	
	40～44才	988円	1,150円	
	45～49才	1,310円	1,495円	
	50～54才	1,489円	1,605円	
	55～59才	1,412円	1,373円	

※精神障害補償特約・妊娠に伴う身体障害補償特約(女性のみ)セット

【病気やケガ等で働けなくなった場合の収入イメージ】



GLTD加入により、治療に専念できる環境を自ら準備しておくことができます。



ご注意

ご加入に際しましては、他の所得を補償する保険契約と合算して保険金額(月額)が【年収× $\frac{1}{12}$ ×50%】以下となるように口数を決めてください。

お支払いする保険金
のご説明



GN22D010838

重要事項の
ご説明



GN22D010831

健康状態
告知について
のご案内



GN22D010757

サービスの
ご案内



GN20D010086

GLTDってどんな保険なの?

GLTD
ご案内ムービー



団体ゴルファー保険 (団体総合生活補償保険 ゴルファー賠償責任保険特約セット)

団体割引率
15%

従業員
ご本人

退職者
ご本人

配偶者

子ども

両親

兄弟
姉妹

ご本人の
同居の
親族

ご加入対象者

コーポレートビオングループの役員・従業員・退職者ご本人および役員・従業員・退職者ご本人のご家族の方(配偶者、子ども、両親、兄弟姉妹、ご本人と同居の親族)となります。

本保険の特色

国内・国外問わず、ゴルフプレー中の危険を補償します。
(ホールインワン・アルバトロス費用は国内のみ)

補償内容

ゴルファー賠償責任保険特約

ゴルフの練習中、競技中または指導中に他人の身体・財物に損害を与え、法律上の損害賠償責任を負った場合にお支払いします。

示談交渉サービス付^(注)

日本国内で発生した賠償事故に限りです

ゴルファー傷害補償特約

ゴルフ場敷地内において、ゴルフの練習中、競技中または指導中に身体にケガを被った場合、各保険金をお支払いします。

ゴルフ用品補償特約

ゴルフ場敷地内においてゴルフ用品の盗難またはゴルフクラブの破損等の損害に対してお支払いします。

(注) ゴルフボールについては、他のゴルフ用品と同時に発生した場合のみ補償対象となります。

ホールインワン・アルバトロス費用補償特約 (団体総合生活補償保険用)

日本国内の9ホール以上を有するゴルフ場においてゴルフ競技中に、ホールインワンまたはアルバトロスを達成した場合に慣習として負担する費用(実費)をお支払いします。

※ホールインワン・アルバトロス費用の詳細につきましては、「重要事項のご説明」「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」に記載しておりますので、ご参照ください。

※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。

保険金額 (ご契約金額) と保険料

補償項目		セット名	G1	G3	G4
保険金額	ゴルフアー・賠償責任保険金額 (免責金額0円)		5,000万円	3,000万円	5,000万円
	傷害 保険金 補償 額	死亡・後遺障害保険金額	250万円	120万円	250万円
		入院保険金日額	3,750円	1,800円	3,750円
		手術保険金	入院中:傷害入院保険金日額の10倍、入院中以外:傷害入院保険金日額の5倍		
		通院保険金日額	2,500円	1,200円	2,500円
	ゴルフ用品保険金額		30万円	10万円	30万円
	ホールインワン・アルバトロス費用保険金額		40万円	20万円	—
年間保険料 (一時払)			7,040円	3,420円	2,760円

(傷害入院保険金支払対象期間180日:支払限度日数180日:免責期間0日、傷害通院保険金支払対象期間180日:支払限度日数90日:免責期間0日)

※ホールインワン・アルバトロス費用補償特約のみ日本国内のゴルフ場が対象となります。

・ホールインワン・アルバトロス費用については、この費用を補償する他の保険契約等(異なる保険種類の特約や引受保険会社以外の保険契約または共済契約を含みます)に複数加入されても、お支払いする保険金の額は、それらのご契約のうち最も高い保険金額が限度となります。それぞれの保険契約等から重複して保険金をお支払いできませんので、ご注意ください。

・賠償損害、用品の損害、ホールインワン・アルバトロス費用については、補償内容が同様の保険契約(団体総合生活補償保険以外の保険契約にセットされた特約や引受保険会社以外の保険契約を含みます)が他にあるときは、補償が重複することがあります。補償が重複すると、補償対象となる事故による損害については、いずれの保険契約からでも補償されますが、損害の額等によってはいずれか一方の保険契約からは保険金が支払われない場合があります。保険料が無駄になることがあります。補償内容の差異や保険金額等を確認し、特約の要否を判断のうえ、ご加入ください。

※複数あるご契約のうち、これらの特約を1つのご契約のみにセットしている場合、ご契約を解約したときや、家族状況の変化(同居から別居への変更等)により被保険者が補償の対象外になったとき等は、特約の補償がなくなることがありますのでご注意ください。

この保険には、被保険者に代わって事故の相手(被害者)と示談交渉を行う「示談交渉サービス」がセットされています。示談交渉サービスとは引受保険会社の費用により、被保険者のために、折衝、示談または調停もしくは訴訟の手続きを行うサービスです(日本国内で発生した賠償事故に限り)。

(注) 話し合いでの解決が困難な場合等、引受保険会社は必要に応じ被保険者の同意を得たうえで弁護士に対応を依頼することがあります。

【重要事項のご説明等】

・各QRコードよりお支払いする保険金および費用保険金のご説明・重要事項のご説明をご確認ください。

・各QRコードからご確認できない場合は取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。

※QRコードは株式会社デンソーウェーブの登録商標です。

お支払いする保険金
および費用保険金
のご説明



GN19D010069

重要事項の
ご説明



GN22D010181



芽郁ファミリーが加入した補償の一例

親介護保険

芽郁 たか子さん（38才）が考えるリスク

いまは元気よく過ごしているお母さん。でも、今後のことを考えると「介護が必要となった時の備え」も必要かも…。いまの健康状態だったら加入できるから、今回の募集で申請しておこう。

下記のような費用が、初期段階で必要になります。

- ・住宅改修費*
- ・福祉用具の購入費*
- ・介護者の交通費、宿泊費（遠方の場合）など

※公的介護保険制度により自己負担額は1割から3割となります。

上記以外に個別の事情によりその他の費用が必要となります。
公的介護保険の高額介護サービス費制度が適用されるケースについては、自己負担の上限額が適用されるケースがあります。

介護の初期段階にかかる費用は
平均74万円です。

出典：生活保険文化センター「令和3年度生命保険に関する全国実態調査」

選んだ補償の内容

選択した補償		保険金額	月払保険料
S +	傷害死亡・後遺障害保険金 ※被保険者は芽郁 たか子さん	100万円	110円
	親介護一時金 ※特約被保険者は芽郁 友子さん（71才）	100万円	1,130円
月払保険料（合計）			1,240円/月

※親2～4名がご加入される場合、それぞれの年齢別の保険料を
加算します。オプション名は同一となります。

GLTD（団体長期障害所得補償保険）

芽郁 たか子さん（38才）が考えるリスク

いまは私も健康で働いているけど、病気やケガで休職を余儀なくされたら…。
私の収入は家庭の大事な支え。経済的な不安を抱えながら療養することを想像すると大変だな。
安心して治療に専念して、早期に復職できる環境を整えておくのは元気な時にできること。
GLTDもいまのうちに加入しておこう。

選んだ補償の内容

選択した補償		保険金額(月額)	月払保険料
1Y	GLTD 3口	15万円	2,658円

※免責期間は90日間です。

団体ゴルファー保険

芽郁 太郎さん（40才）が考えるリスク

ゴルフ用品には拘りあり。
お気に入りのゴルフクラブが盗難に遭ったらどうしよう。
そういえば友達がホールインワンしてしまって大変だと言っていたな…。
スポーツにリスクは付き物だから、趣味といえどもしっかりと備えておく必要があるな…。

選んだ補償の内容

選択した補償		保険金額	年間保険料
G3	ゴルファー賠償責任保険金額（免責金額 0 円）	3,000万円	3,420円
	死亡・後遺障害保険金額	120万円	
	入院保険金日額	1,800円	
	手術保険金	入院中：18,000円 入院中以外：9,000円	
	通院保険金日額	1,200円	
	ゴルフ用品保険金	10万円	
ホールインワン・アルバトロス費用保険金		20万円	

保険設計シート

備えるべきリスクはおひとりごとに異なります。
ご自身とご家族のリスクを考えて保険設計をしてみましょう！

安心セレクト保険	基本補償		オプション補償				
	普通傷害	交通傷害	傷害死亡・後遺障害	本人介護一時金補償	日常生活賠償補償	携行品損害補償	弁護士費用補償
1口あたり 保険金額(日額)	入院1,500円 通院1,000円 手術保険金 熱中症危険補償 天災危険補償	入院5,000円 通院1,000円 手術保険金	50万円	一時金 50万円	E1:1億円 E2:3億円	F1:10万円 F2:20万円 F3:30万円	弁護士費用等: 300万円限度 法律相談費用: 10万円限度
掲載ページ	P.3	P.3	P.4	P.4	P.4	P.5	P.5
加入申込票 記入タイプ名	A	B	C	D	E1、E2	F1～F3	H
1口あたり 月払保険料	400円	220円	50円	10円	E1:130円 E2:140円	F1: 80円 F2:130円 F3:200円	260円
				10円			
				10円			
				10円			
				10円			
				10円			
				10円			
				10円			
				10円			
				20円			
				50円			
				110円			
				250円			
				570円			
				1,260円			
				3,180円			
				6,500円			

親介護保険	基本補償	オプション		
	傷害死亡・後遺障害	親介護一時金		
保険金額	100万円	一時金 50万円	一時金 100万円	一時金 200万円
掲載ページ	P.7			
加入申込票 記入セット名	S	K1	K2	K3
月払 保険料	110円	10円	10円	20円
		10円	20円	40円
		20円	40円	80円
		50円	90円	190円
		110円	210円	420円
		250円	500円	1,000円
		570円	1,130円	2,260円
		1,260円	2,510円	5,020円
		3,180円	6,350円	12,710円
		6,500円	12,990円	25,980円

ご本人	5口限度	5口限度	5口限度	5口限度	1口限度※	1口限度	1口限度※
	□ 円	□ 円	□ 円	□ 円	E1 E2 円	F1 F2 F3 円	円
配偶者	5口限度	5口限度	5口限度	加入対象外	1口限度※	1口限度	1口限度※
	□ 円	□ 円	□ 円		E1 E2 円	F1 F2 F3 円	円
子ども	5口限度	5口限度	5口限度		1口限度※	1口限度	1口限度※
	□ 円	□ 円	□ 円		E1 E2 円	F1 F2 F3 円	円
親族	5口限度	5口限度	5口限度		1口限度※	1口限度	1口限度※
	□ 円	□ 円	□ 円		E1 E2 円	F1 F2 F3 円	円
計	円/月	円/月	円/月	円/月	円/月	円/月	円/月

ご本人	1口限度	1口限度	1口限度	1口限度
	円	円	円	円
配偶者	1口限度	1口限度	1口限度	1口限度
	円	円	円	円
計	円/月	円/月	円/月	円/月

※お一人さまのご加入で、ご家族も補償されます。詳細はP4～5をご確認ください。

(注) ご本人または配偶者が基本補償にご加入いただくと、特約被保険者(親)は最大4名までご加入できます(同一保険金額でのご加入となります)。

GLTD (団体長期障害所得補償保険)			
定額型 1口あたり保険金額 (月額):5万円			
掲載ページ	P.8		
加入申込票 記入セット名	1N(男性)	1Y(女性)	
1 口 あ た り 月 払 保 険 料	15才～24才	445円	339円
	25才～29才	468円	473円
	30才～34才	563円	626円
	35才～39才	721円	886円
	40才～44才	988円	1,150円
	45才～49才	1,310円	1,495円
	50才～54才	1,489円	1,605円
	55才～59才	1,412円	1,373円

ご本人	5口限度	
	□	□
	円/月	円/月
計	円/月	円/月

団体ゴルフ保険					
保 険 金 額	ゴルフアー賠償責任保険金額(免責金額0円)		5,000万円	3,000万円	5,000万円
	傷害補償 保険金額	死亡・後遺障害保険金額	250万円	120万円	250万円
		入院保険金日額	3,750円	1,800円	3,750円
		手術保険金	入院中:傷害入院保険金日額の10倍 入院中以外:傷害入院保険金日額の5倍		
		通院保険金日額	2,500円	1,200円	2,500円
	ゴルフ用品保険金額		30万円	10万円	30万円
	ホールインワン・アルバトロス費用保険金額		40万円	20万円	-
	掲載ページ		P.9		
加入申込票記入セット名		G1	G3	G4	
年間保険料		7,040円	3,420円	2,760円	

ご本人	1口限度	1口限度	1口限度
	円	円	円
配偶者	1口限度	1口限度	1口限度
	円	円	円
子ども	1口限度	1口限度	1口限度
	円	円	円
親族	1口限度	1口限度	1口限度
	円	円	円
計	円/年	円/年	円/年

加入者ごとの合計保険料	
ご本人	円/月
配偶者	円/月
子ども	円/月
親族	円/月
計	円/月



下記の保険は新規加入とプラン変更はできません。継続加入される方のみご覧ください。

こども総合保険

補償内容

育英費用保険金（扶養者の補償）

扶養者(注)の方が日本国内外を問わず、急激かつ偶然な外来の事故によるケガにより、死亡または重度の後遺障害が発生したため、お子さまを扶養出来なくなったときに育英費用保険金をお支払いします。

(注)「扶養者」とは、学生ご本人の親権者で、生活費・学業費用を負担し、学生ご本人の生計を支えている方をいいます（扶養者はあらかじめ指定された1名となります）。

※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。

傷害保険金（お子さまの補償）

お子さまが日本国内外を問わず、急激かつ偶然な外来の事故によりケガをした場合に、死亡・後遺障害保険金、入院保険金、手術保険金、通院保険金をお支払いします。

団体割引率
15%

従業員
ご本人

退職者
ご本人

配偶者

子ども

両親

兄弟
姉妹

ご本人の
同居の
親族

ご加入対象者

コーセー・アルピオングループの役員・従業員・退職者の中で、お子さまがいる方がご加入できます（被保険者はお子さまとなります）。お子さまは令和8年7月1日時点で満23才未満、または学校教育法に定める学校に在籍する方に限ります。

【ご注意ください】

被保険者であるお子さまが卒業・退学等により学校教育法に定める学校に在籍しなくなった場合は必ずお申し出ください。ご連絡なく契約が継続していた場合、超過期間分の保険料はお戻しすることができません。
また、保険金のお支払いもできない場合がございます。

保険金額（ご契約金額）と保険料

補償項目		セット名	A1	A2	A3
保険金額（ご契約金額）	傷害（ケガ）	育英費用保険金額	700万円	1,000万円	2,000万円
		死亡・後遺障害保険金額	78万円	100万円	200万円
		後遺障害保険金追加支払*	156万円	200万円	400万円
		入院保険金日額（180日限度）	1,050円	1,500円	3,000円
		手術保険金	入院中:入院保険金日額の10倍、入院中以外:入院保険金日額の5倍		
		通院保険金日額（90日限度）	700円	1,000円	2,000円
	月払保険料		670円	940円	1,880円

*後遺障害保険金をお支払いし、事故の発生の日からその日を含めて180日経過後も生存している場合、お支払いした後遺障害保険金の額の2倍を追加してお支払いします。

※保険料は被保険者（補償の対象となる方）の職種級別によって異なります。

上記保険料は職種級別A（学生等）で計算しており、学生等（被保険者）が職種級別B※の職業をお持ちのときは、上記保険料ではご加入いただけない場合があります。ご不明な点がございましたら、取扱代理店または引受保険会社までお問い合わせください。

職種級別B・・・農林業作業、漁業作業、採鉱・採石作業、自動車運転者（助手を含む）、木・竹・草・つる製品製造作業、建設作業

(注) 告知していただいたご職業・職務が事実と反する場合、ご契約を解除し、保険金をお支払いできない場合がありますのでご注意ください。

※育英費用保険金について、引受保険会社が保険金をお支払いした場合は、継続時に必ず補償内容の見直しが必要となりますので、ご注意ください。

【重要事項のご説明等】

・各QRコードよりお支払いする保険金および費用保険金のご説明・重要事項のご説明・健康状態告知についてのご案内をご確認ください。

・各QRコードからご確認ください場合は取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。

※QRコードは㈱デンソーウェーブの登録商標です。

こども総合保険

お支払いする保険金
および費用保険金
のご説明



GN22D010924

こども総合保険

重要事項の
ご説明



GN22D010178

従業員
ご本人

退職者
ご本人

配偶者

子ども

両親

兄弟
姉妹

ご本人の
同居の
親族

所得補償保険

団体割引率
15%

てん補期間1年間の『短期補償型』の所得補償。
国内・国外を問わず、お仕事中や日常生活の間に被った病気やケガで、継続して8日間以上働けなくなったときに、てん補期間1年間で限度に保険金をお支払いします。

※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。

保険金額（ご契約金額）と保険料

セット名 N	
満年齢	保険金額(月額)
15～19才	172,000円
20～24才	118,000円
25～29才	104,000円
30～34才	84,000円
35～39才	68,000円
40～44才	54,000円
45～49才	45,000円
50～54才	39,000円
55～59才	36,000円
60～64才	35,000円

保険料(月払) 1口 780円
(免責期間 7日、てん補期間 1年間)

- 1.左記金額を最長1年間にわたってお支払いします。
- 2.令和7年7月1日時点の満年齢により保険金額が決まりますのでご注意ください。
- 3.所得補償保険には骨髄採取手術に伴う入院補償特約・無事故戻しに関する規定の不適用特約が自動セットされます。

ご注意

- ①上記保険料、保険金額は被保険者が一般事務・営業職などの職種級別1級の方を対象にしたものです。保険金額は被保険者（補償の対象となる方）の職種級別によって異なります。下記に記載されていないご職業については、取扱代理店または引受保険会社までお問合わせください。
1級…会社事務員、教師など 2級…飲食品製造業者など 3級…営業用貨物自動車運転者など 4級…セメント製造工など
(注)告知していただいた職業・職務が事実と反する場合、ご契約を解除し、保険金をお支払いできない場合がありますのでご注意ください。
- ②ご加入に際しましては、他の所得を補償する保険契約と合算して保険金額（月額）が【年収×1/12×50％】以下となるように口数を決めてください。

従業員
ご本人

退職者
ご本人

配偶者

子ども

両親

兄弟
姉妹

ご本人の
同居の
親族

団体日常生活賠償保険

ご加入対象者
コーセー・アルピオングループの役員・従業員および役員・従業員のご家族の方（配偶者、子ども、両親、兄弟姉妹、ご本人と同居の親族）がご加入いただけます。

団体割引率
15%

日常生活における家族全員の法律上の損害賠償責任を補償します。
(お一人のご加入で、ご家族全員が補償されます*)

- * (団体日常生活賠償保険の被保険者（補償の対象となる方）の範囲)
団体日常生活賠償保険の被保険者は、被保険者本人、被保険者本人の配偶者、被保険者本人またはその配偶者の同居の親族（6親等内の血族および3親等内の姻族をいいます）・別居の未婚（これまでに婚姻歴がないことをいいます）の子となります。
- (注) 被保険者が責任無能力者の場合、その方に関する事故については、その方の親権者、その他の法定監督義務者および監督義務者に代わって、責任無能力者を監督する親族を被保険者としてします。

保険金額（ご契約金額）と保険料 (保険期間1年)

補償項目	セット名 Z
日常生活賠償保険金額(免責金額0円)	1億円
年間保険料(一時払)	1,370円

補償内容が同様の保険契約（団体総合生活補償保険以外の保険契約にセットされた特約や引受保険会社以外の保険契約を含みます）が他にあるときは、補償が重複することがあります。補償が重複すると、補償対象となる事故による損害については、いずれの保険契約からでも補償されますが、損害の額等によってはいずれか一方の保険契約からは保険金が支払われない場合があります。保険料が無駄になることがあります。補償内容の差異や保険金額等を確認し、特約の要否を判断のうえ、ご加入ください。
※複数あるご契約のうち、これらの特約を1つのご契約のみにセットしている場合、ご契約を解約したときや、家族状況の変化（同居から別居への変更等）により被保険者が補償の対象外になったとき等は、特約の補償がなくなることがありますのでご注意ください。

示談交渉サービス付※（日本国内で発生した賠償事故に限ります）
※話し合いでの解決が困難な場合等、引受保険会社は必要に応じ被保険者の同意を得たうえで弁護士に対応を依頼することがあります。

所得補償保険

お支払いする保険金
のご説明


GN22D010739

所得補償保険

重要事項の
ご説明


GN22D010835

所得補償保険

健康状態告知について
のご案内


GN22D010758

団体日常生活賠償保険

お支払いする保険金
および費用保険金
のご説明


GN19D010072

団体日常生活賠償保険

重要事項の
ご説明


GN22D010185

コーセー・アルビオングループ団体損害保険 加入申込票 記入例

本加入申込票で対象となる保険

安心
セレクト保険
掲載ページ:P.3

団体
ゴルフアー保険
掲載ページ：P.9

- 新規加入・変更・脱退の方は、下記記入例をご参照のうえ、加入申込票に必要事項をご記入・ご署名し、ご提出ください。
- ご記入に際しては、黒ボールペンをご使用ください。
- 記入内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押印のうえ、正しい内容をご記入ください。
- お申込み・ご継続・ご変更・脱退に当たっては必ずパンフレットまたはポータルに掲載の「重要事項のご説明」をご確認のうえ、お申込みください！


申込日（加入申込票記入日）を
ご記入ください。

【加入区分の記入について】

【新規にご加入される方】**新規**に○をしてください。

【既にご加入されている方】ご契約内容（セット）の変更・個別脱退の場合は、**変更**に○をしてください。

全員脱退を希望される場合は、**全員脱退**に○をしてください。

コーセー  アルピオングループ団体損害保険 加入申込票

加入申込日 R 7年 5月 1日 保険期間：令和7年7月1日午後4時から1年間

019	01234567
-----	----------

307

見本 太郎

00000000 AAA 020

994



A diagram of a horizontal beam with a downward-pointing arrow representing a point load.

100



フルネームでご署名ください。

被保険者の中で
脱退される方は
脱退に○を
してください。

安心セレクト保険(団体総合生活補償保険(傷害補償(MS&AD型)特約セット) 020 88

団体ゴルファー保険

(注4) 団体日常生活賠償保険 020 88
(団体総合生活補償保険(日常生活賠償特約付))

[illegible]

390 J04 符号	被保険者 (=補償の対象となる方) (カタカナフルネーム)	L18 300 年代	Y34 性別	390 J04 符号	被保険者氏名 (カナ)	L18 300 年代	Y34 性別
1	ミホン タロウ	1	G1	1	ミホン タロウ	1	Z
2	ミホン ハナコ	2	G4				
3							

◆団体との関係 下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。

団体の
団体の
1:構成員(子会社・関連会社の構成員、退職者を含む)
0:会員企業等の役員・従業員
上記1,11または10の
2:配偶者 3:ご子息 4:両親 5:兄弟姉妹
6:同居の親族 7:使用人

所得補償保険	020	20
--------	-----	----

390 J04 符号	被保険者氏名	323 ※ 生年月日	303 302 年齢 性別	300 セクセル	572 口数	区分 Y34 性別
J04 カナ	ミホン ハナコ	56 年12月26日	43	N	2	
573 職業略号	576 職業名 略号名 (カタカナ)	ジムショク	312 ※ 簡称コード (カタカナ)	L18 ◆団体との関係	2	
L46	疾病コード	562	疾病・症状名 (カタカナ)			
	R0		コウジョウセンキノウエイカショウ			

[illegible]

【健康状態告知書質問事項回答欄】
本人介護一時金に加入される方
 新規ご加入の方は、被保険者（補償の対象者）についてご記入ください。

- 告知者署名欄に被保険者ご本人がフルネームでご記入ください。
- 質問については、加入申込票裏面の「仮加入者回答欄記入例」を参照のうえでご記入ください。

【健康状態告知書質問事項回答欄について】

本人介護一時金に加入される方のみご記入ください。
新規ご加入の方は、被保険者（補償の対象となる方）の健康状態についてご記入ください。

- 告知者署名欄に被保険者ご本人がフルネームで署名し、告知日をご記入ください。
- 質問については、加入申込票裏面の「健康状態告知書質問事項、回答欄記入例」をご参照のうえご記入ください。

健康状態告知書質問事項、回答欄記入例

団体総合生活補償保険

本人介護一時金に新たにお申し込みいただく方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事項につきご回答ください。

ご注意

- 健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、別紙「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。また、ご加入される補償パターンに応じてご回答ください。
- ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始時より前に原因が発生した病気やケガ、要介護状態については、保険金をお支払いできません(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります)。
- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、健康状態告知書質問事項回答欄への記入は不要です。

本人介護一時金にご加入の方

- 本人介護一時金は、被保険者ご本人がご回答ください。

<質問> 本人介護一時金にご加入の方

*病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。

- 次のいずれかに該当しますか。
 - ①歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。
 - ②公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。
 - ③告知日(ご記入日)より過去2年以内に、医師により、下表の「病名・症状一覧」記載の病気や症状と診断されたことがある。

- ①は、告知日(ご記入日)現在の状態をご回答ください。また、「他人の介護が必要である」とは、何らかのかたちで他人の力を借りている状態をいいます。
- ②の「要介護認定申請をしたことがある」とは、過去に要介護認定の申請を行った結果、非該当となった場合を含みます。

はい

「本人介護一時金」は、お引き受けできませんので、「いいえ」で承ってください。

いいえ

「本人介護一時金」をお引き受けします。

病名・症状一覧

脳血管系	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞(脳血栓、脳塞栓、脳軟化)等) ●脳虚血発作(一過性脳虚血発作(TIA)、可逆性虚血性神経障害(RIND)等) ●眼底出血(網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等をいい、外傷性を除きます) ●脳動脈瘤 ●脳動静脈奇形	肝臓系	●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎* ●C型肝炎* *ウイルスキャリア(感染者)を含みます。
心臓系	●虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞、冠不全等) ●不整脈(心房細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等をいい、治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます) ●心臓弁膜症(僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等) ●心内膜炎 ●心肥大(心室肥大等) ●心不全 ●心筋症 ●動脈瘤	筋・骨格系	●後遺症のある骨折(上肢の骨折を除きます) ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 ●脊柱管狭窄症 ●変形関節症
呼吸器系	●肺塞栓症(肺梗塞等) ●肺線維症 ●慢性閉塞性肺疾患(COPD)(肺気腫、慢性気管支炎) ●塵肺(珪肺症、アスベスト肺症等) ●気管支喘息(終診した小児喘息を除きます)	悪性新生物	●悪性新生物(がん、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫をいい、上皮内新生物を除きます) ●脳腫瘍
腎臓系	●慢性腎炎(増殖性腎炎、膜性腎症、IgA腎症等) ●腎不全 ●ネフローゼ症候群 ●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患	その他	●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●糖尿病(インシュリン等の注射剤を投与している場合に限り) ●頭部外傷(後遺障害があると診断された場合に限り) ●膠原病(関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます) ●精神障害(アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます) ●知的障害・発達障害(注1) ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病(注2)

(注1) 具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要」(CD-10(2003年版)準拠)によります。

(注2) 告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ(<https://www.nanbyou.or.jp>)等でご確認ください。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給者証の交付を受けることができますが、交付を受けていなくても告知の対象となりますので、ご注意ください。

回答欄記入例

回答が「はい」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者署名欄」に署名してください。

本人介護一時金に
お申し込みいただく方のみ
ご参照ください。

回答を記入してください。

※健康状態告知書質問事項回答欄	
L1A 質問	※告知者署名欄
(はい) 3	相生 一郎
(いいえ) 4	
LW8 令和 (R)	告知日
# # 年 # # 月 # # 日	

回答を記入した被保険者ご本人が署名、告知日を記入してください。

親介護保険加入申込票 記入例

- 新規加入・変更・脱退の方は、下記記入例をご参照のうえ、加入申込票に必要事項をご記入・ご署名し、ご提出ください。
- ご記入に際しては、黒ボールペンをご使用ください。
- 記入内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押印のうえ、正しい内容をご記入ください。
- お申込み・ご継続・ご変更・脱退に当たっては必ずパンフレットまたはポータルに掲載の「重要事項のご説明」をご確認のうえ、お申込みください！
- 親が3名以上の加入の場合、加入申込票を2部ご提出いただきますので、パンフレットに記載の取扱代理店または引受保険会社までご連絡ください。

《親が2名まで加入される場合》

● 既に入っている方は、該当する加入区分に○をしてください。
加入内容に変更のない場合は、ご提出は不要です。

・ 継続する（変更あり）
 ・ 継続しない

● 符号記入欄に「1」とご記入ください。
 ● 被保険者の氏名（漢字・カナ）、令和7年7月1日時点の満年齢と性別、生年月日、団体との関係をご記入ください。

● 特約区分について「①一時金のみ」に○をしてください。
 ● 被保険者本人または配偶者の親（同居・別居は問いません）最大4名まで指定可能です。
 ※全員同一セットでの加入となります。
 ● 被保険者または配偶者の親の氏名（カナのみで漢字は不要）、生年月日、令和7年7月1日時点の満年齢、続柄をご記入ください。

● 申込日（加入申込票記入日）をご記入ください。

● 役員・従業員のお名前をフルネームでご署名（漢字・カナ）ください。
 ● 社員番号をご記入ください。

● 基本セット名欄に「S」、オプション欄にご希望オプション名（K1,K2,K3）をご記入いただき、口数欄に「1」をご記入ください。
 * 親介護一時金額は、ご選択いただいたプランが特約被保険者全員に共通して適用されます。

● 保険金請求歴・他の保険契約等がある場合はご記入ください。

代理告知について

！ ご注意＜代理告知について＞

- 「特約被保険者（親）」の健康状態を確認していただき、その内容を「特約被保険者（親）」に代わってご回答ください。
- 「告知者ご署名」欄には、「特約被保険者（親）」ではなく、被保険者ご本人がフルネームでご署名・告知日をご記入ください。
- 回答に「いいえ」とお答えの場合のみ、ご加入いただけます。

保険期間の開始日より前に発生した原因による要介護状態については、保険金をお支払いできません。回答にあたっては、必ず「特約被保険者（親）」となる方に健康状態に関する質問事項と「健康状態告知についてのご案内」に記載された事項をご確認いただきますようお願いいたします。

健康状態告知書質問事項、回答欄記入例

団体総合生活補償保険

疾病補償、がん補償、所得補償、医療費用補償、本人介護一時金、親介護一時金、親介護休業補償のいずれかに新たにお申し込みいただく方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を増大する契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事項につきご回答ください。

ご注意

- 健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、別紙「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。また、ご加入される補償パターンに応じてご回答ください。
- ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始日より前に原因が発生した病気やケガ、要介護状態については、保険金をお支払いできません（ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります）。
- 継続して加入する場合で、補償内容を増大する契約条件の変更がない方は、健康状態告知書質問事項回答欄への記入は不要です。

疾病補償 がん補償 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

- 被保険者ご本人がご回答ください。なお、下表に記載があるケガや病気については告知不要です。

告知対象外となるケガ・病気一覧

- ケガ(ただし、以下については、病気として告知対象となります) ●正常分娩
- 脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、椎間板障害、腰椎分離・すべり症、脊椎分離・すべり症、突発性腰痛症(ギックリ腰)、半月板損傷、ばね指(手指屈筋腱鞘炎)、骨関節炎、関節内障、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

<質問1> 疾病補償 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

- *疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は回答不要です。質問2へ進みます。

- 次のいずれかに該当しますか。
- ①告知日(ご記入日)現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等*をすすめられている。
- ②告知日(ご記入日)より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。

*再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。

いいえ

<質問2> 疾病補償 がん補償(①のみ) 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

- *疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は①についてのみご回答ください。

- 告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査*・治療(投薬を含みます)を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。
- ①「がん」・「上皮内がん」
- ②「糖尿病」・「高血糖症」・「耐糖能異常」
- ③「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」
- *検査結果が異常ななかった場合は「いいえ」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察の場合は「はい」となります。

「医師による治療」には注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを含みます。なお、市販のビタミン剤の服用など、病気の治療ではなく健康増進のための行為は含みません。

- ③について、具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によります。

いいえ

「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」をお引き受けします。

右記の
太枠内の告知事項を
ご参照ください。

「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」は、お引き受けできませんのでご了承ください。

本人介護一時金 親介護一時金 親介護休業補償 にご加入の方

- 本人介護一時金は、被保険者ご本人がご回答ください。
- 親介護一時金は、特約被保険者となる方に被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、被保険者ご本人が特約被保険者の健康状態を回答してください。また、親介護休業補償は、被保険者ご本人が介護対象者の健康状態を確認し回答してください。

<質問3> 本人介護一時金 にご加入の方

<質問> 親介護一時金 親介護休業補償 にご加入の方

- *病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。

- 次のいずれかに該当しますか。
- ①歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。
- ②公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。
- ③告知日(ご記入日)より過去2年以内に、医師により、下表の「病名・症状一覧」記載の病気や症状と診断されたことがある。

①は、告知日(ご記入日)現在の状態をご回答ください。また、「他人の介護が必要である」とは、何らかのかたちで他人の力を借りている状態をいいます。

②の「要介護認定申請をしたことがある」とは、過去に要介護認定の申請を行った結果、非該当となった場合を含みます。

「本人介護一時金」「親介護一時金」は、お引き受けできませんのでご了承ください。

いいえ

「本人介護一時金」「親介護一時金」「親介護休業補償」をお引き受けします。

病名・症状一覧			
脳血管系	肝臓系	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞(脳血管、脳塞栓、脳軟化)等) ●脳虚血発作(一過性脳虚血発作(TIA)、可逆性虚血性神経障害(RIND)等) ●眼底出血(網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等)をいい、外傷性を除きます) ●脳動脈瘤 ●脳動脈静脈奇形	
		●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎 ●ウイルスキャリア(感染者)を含みます。	
心臓系	筋・骨格系	●虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞、冠不全等) ●不整脈(心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等)をいい、治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます) ●心臓弁膜症(僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等) ●心内膜炎 ●心肥大(心室肥大等) ●心不全 ●心筋症 ●動脈瘤	
		●後遺症のある骨折(上肢の骨折を除きます) ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 ●脊柱管狭窄症 ●変形関節症	
呼吸器系	悪性新生物	●肺塞栓症(肺梗塞等) ●肺線維症 ●慢性閉塞性肺疾患(COPD)(気管腫、慢性気管支炎) ●塵肺(珪肺症、アスベスト肺症等) ●気管支喘息(終結した小児喘息を除きます)	
		●悪性新生物(がん、肉腫、白血球、悪性リンパ腫、骨髄腫をいい、上皮内新生物を除きます) ●脳腫瘍	
腎臓系	その他	●慢性腎炎(増殖性腎炎、膜性腎症、IgA腎症等) ●腎不全 ●ネフローゼ症候群 ●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患	
		●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●糖尿病(インシュリン等の注射剤を投与している場合に限り) ●頭部外傷(後遺障害があると診断された場合に限り) ●膠原病(関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます) ●精神障害(アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます) ●知的障害・発達障害(注1) ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病(注2)	

(注1)具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によります。

(注2)告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ(<https://www.nanbyou.or.jp/>)等でご確認いただけます。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給者証の交付を受けることができますが、交付を受けていなくても告知の対象となりますので、ご注意ください。

回答欄記入例

回答が「いいえ」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者ご署名欄」に告知日を記入のうえ、署名してください。

被保険者ご本人用(質問1、2、3)

回答を記入してください。

告知日を記入のうえ、署名してください。

健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)(注1)

疾病・がん・所得・医療費用補償 本人介護一時金 親介護一時金 親介護休業補償

質問1 質問2 質問3

500 疾病コード 相生 一郎

507 疾病コード 相生 一郎

告知者ご署名欄

告知日 令和 年 月 日 相生 一郎

疾病に関する補償が「がん補償」のみの方は質問2のみご回答ください。

「本人介護一時金」にご加入の方は質問3をご回答ください。

再告知のうえ、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂正印をしてください。

親介護一時金・休業(質問)

親介護一時金は特約被保険者、親介護休業補償は介護対象者の氏名をカナで記入してください。

加入される特約を選び○をしてください。※プランにより加入できる特約が異なりますのでご注意ください。

被保険者ご本人から見た特約被保険者・介護対象者との関係に○をしてください。

被保険者ご本人が回答を記入してください。

健康状態について、特約被保険者・介護対象者へのご説明と回答受領にあたり実際に取られた確認方法を1つ選び○をしてください。

回答を記入した被保険者ご本人が署名、告知日を記入してください。

告知者ご署名欄

告知日 令和 年 月 日 相生 一郎

(230101) (2023年1月承認) GN22D010755 (V03-682) 団総(M5&AD)A

GLTD (団体長期障害所得補償保険) 加入申込票 記入例

- 新規加入・変更・脱退の方は、下記記入例をご参照のうえ、加入申込票に必要事項をご記入・ご署名し、ご提出ください。
- ご記入に際しては、黒ボールペンをご使用ください。
- 記入内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押印のうえ、正しい内容をご記入ください。
- お申込み・ご継続・ご変更・脱退に当たっては必ずパンフレットまたはポータルに掲載の「重要事項のご説明」をご確認のうえ、お申込みください！

[illegible]

健康状態告知書質問事項、回答欄記入例

団体長期障害所得補償保険

団体長期障害所得補償保険の基本補償、親介護一時金のいずれかに新たにお申し込みいただく方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事項につきご回答ください。

ご注意

- 健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、別紙「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。また、ご加入される補償のみご回答ください。
- ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始日より前に原因が発生した病気やケガ、親介護一時金の要介護状態については、保険金をお支払いできません（病気やケガの始期前治療について、普通保険約款および協定事項明細書（協定書）の定めにより保険金をお支払いできることがあります。また、親介護一時金の要介護状態について、ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります）。
- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、健康状態告知書質問事項回答欄への記入は不要です。

基本補償 にご加入の方

- 被保険者ご本人がご回答ください。なお、下表に記載があるケガや病気については告知不要です。

告知対象となるケガ・病気一覧

- ケガ（ただし、以下については、病気として告知対象となります） ●正常分娩

脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、椎間板障害、腰椎分離・すべり症、脊椎分離・すべり症、突発性腰痛症（ギックリ腰）、半月板損傷、ばね指（手指屈筋腱腱鞘炎）、骨関節炎、関節内傷、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

<質問1> 基本補償 にご加入の方

- 次のいずれかに該当しますか。

- 告知日（ご記入日）現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※をすすめられている。
- 告知日（ご記入日）より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。

※再検査等とは、医師から病状による入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。

「手術」には、内視鏡・腹腔鏡・レーザー・カテーテル・超音波・衝撃波によるものなどを含みます。なお、入院の有無は問いません。

「医師」には歯科医師を含み、柔道整復師・指圧師・鍼灸師は含みません（以下の質問も同様です）。

お引き受けできませんので、ご了承ください。

いいえ

<質問2> 基本補償 にご加入の方

- 告知日（ご記入日）より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査※・治療（投薬を含みます）を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。

- 「がん」、上皮下がん」
- 「糖尿病」、「高血糖症」、「耐糖能異常」
- 「精神の病気（アルコール・薬物依存を含みます）」

※検査結果が異常ななかった場合は「いいえ」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「はい」となります。

「医師による治療」には注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを含みます。なお、市販のビタミン剤の服用など、病気の治療ではなく健康増進のための行為は含みません。

③について、具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10（2003年版）準拠」によります。

はい

いいえ

お引き受けします。

親介護一時金 にご加入の方

- 親介護一時金支払特約の特約被保険者となる方に被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、被保険者ご本人が特約被保険者の健康状態を回答してください。

<質問> 親介護一時金 にご加入の方

*病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。

- 次のいずれかに該当しますか。
- 歩行、寝返り、立ち上がり、着脱、食事および衣類の着脱のいずれかに、介護が必要である
 - 公的介護サービスを利用している
 - 介護が必要と認められている

左記の太枠内の告知事項をご参照ください。

①は、告知日（ご記入日）現在の状態をご回答ください。また、「他人の介護が必要である」とは、何らかのかたちで他人の力を借りている状態をいいます。

②の「要介護認定申請をしたことがある」とは、過去に要介護認定の申請を行った結果、非該当となった場合を含みます。

「親介護一時金」は、お引き受けできませんので、ご了承ください。

親介護一時金をお引き受けします。

病名・症状一覧

脳血管系	肝臓系
●脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓、脳軟化）等 ●脳虚血発作（一過性脳虚血発作（TIA）、可逆性脳虚血性神経障害（RIND）等） ●眼底出血（網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等）をい、外傷性を除きます ●脳動脈瘤 ●脳動静脈奇形	●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎 ●*ウイルス性肝炎（感染症）を含みます ●後遺症のある骨折（上肢の骨折を除きます） ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 ●脊柱管狭窄症 ●変形関節症
心臓系	悪性新生物
●虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞、冠不全等） ●不整脈（心房細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等）をい、治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます ●心臓弁膜症（僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等） ●心内膜炎 ●心肥大（心室肥大等） ●心不全 ●心筋症 ●動脈瘤	●悪性新生物（がん、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫をい、上皮内新生物は除きます） ●脳腫瘍
呼吸器系	その他
●肺塞栓症（肺梗塞等） ●肺線維症 ●慢性閉塞性肺疾患（COPD）（肺気腫、慢性気管炎） ●塵肺（珪肺症、アスベスト肺症等） ●気管支喘息（終診した小児喘息を除きます）	●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●糖尿病（インシュリン等の注射剤を投与している場合に限り） ●頭部外傷（後遺障害があると診断された場合に限り） ●膠原病（関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます） ●精神障害（アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存を含みます） ●知的障害・発達障害（注1） ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病（注2）
腎臓系	
●慢性腎炎（増殖性腎炎、膜性腎症、IgA腎症等） ●腎不全 ●ネフロロー症候群 ●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患	

（注1）具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10（2003年版）準拠」によります。

（注2）告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をい、難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ（<https://www.nanbyou.or.jp>）等で確認いただけます。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給者証の交付を受けることができますが、交付を受けていなくても告知の対象となりますので、ご注意ください。

回答欄記入例

回答が「いいえ」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者ご署名欄」に告知日を記入のうえ、署名してください。

親介護一時金 以外用

回答を記入してください。

質問1	質問2	過去の健康状態告知内容
告知日（ご記入日）現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※をすすめられている。	告知日（ご記入日）より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。	告知日（ご記入日）より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査※・治療（投薬を含みます）を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。
いいえ	いいえ	いいえ
告知者ご署名欄		
告知日（ご記入日）		
相生 一郎		

再告知のうえ、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂正印をしてください。

告知日を記入のうえ、署名してください。

親介護一時金 専用

特約被保険者の氏名をカナで記入してください。

被保険者ご本人から見た特約被保険者との関係に○をしてください。

被保険者ご本人が回答を記入してください。

健康状態について、特約被保険者へのご説明と回答受領にあたり実際に取られた確認方法を1つ選び○をしてください。

回答を記入した被保険者ご本人が署名、告知日を記入してください。

特約被保険者の氏名	生年月日	告知日（ご記入日）	健康状態	告知者ご署名欄
アイオイ タロウ	昭和 年 月 日	告知日（ご記入日）	告知日（ご記入日）	告知日（ご記入日）
アイオイ ハナコ	昭和 年 月 日	告知日（ご記入日）	告知日（ご記入日）	告知日（ご記入日）
告知者ご署名欄				
告知日（ご記入日）				
相生 一郎				

お申込にあたってのご注意

加入申込票ご提出手続きについて

必ず各商品ページに記載の二次元コードから重要事項のご説明をご確認のうえ、お手続きください。（コーセーグループの皆さまは「グループウェア→保険サービス→コーセー保険サービスのページ」、アルビオンの皆さまは「グーグルドライブ→共有ドライブ→全社公開→労務厚生G→コーセー保険サービス」にも掲示。）

- 新規加入・内容変更の場合** … 加入申込票に必要事項を記入して、ご署名のうえ、ご提出ください。
- 継続加入の場合** … 特にお申し出のない場合、前年度と同一補償内容にて継続扱とさせていただきますので、加入申込票のご提出は不要です。
- 脱退の場合** … 加入申込票に必要事項を記入して、ご署名のうえ、ご提出ください。

被保険者（補償の対象となる方）の範囲

<安心セレクト保険、団体ゴルフ保険、団体日常生活賠償保険>

コーセー・アルビオングループの役員・従業員・退職者ご本人および役員・従業員・退職者ご本人のご家族の方（配偶者、子ども、両親、兄弟姉妹、ご本人の同居の親族）がご加入いただけます。

※日常生活賠償補償、団体日常生活賠償保険の賠償責任補償の被保険者は、被保険者ご本人、ご本人の配偶者、ご本人またはその配偶者の「同居の親族（6親等内の血族および3親等内の姻族をいいます）」および「別居の未婚（これまでに婚姻歴がないことをいいます）の子」が被保険者となります。

（注）被保険者が責任無能力者の場合、その方に関する事故については、その方の親権者、その他の法定監督義務者および監督義務者に代わって責任無能力者を監督する親族を被保険者とします。

<親介護保険>

基本補償：コーセー・アルビオングループの役員・従業員ご本人またはその配偶者。

親介護一時金補償：役員・従業員ご本人またはその配偶者の親で、令和7年7月1日時点において満40才～89才の方に限ります。

<こども総合保険>

コーセー・アルビオングループの役員・従業員・退職者のお子さまのうち令和8年7月1日時点で満23才未満、または学校教育法に定める学校（注）に在籍する方。

（注）次の学校をいいます。

- 高等学校（中等教育学校の後期課程および高等専門学校を含みます）
- 大学（大学院および短期大学を含みます）
- 特別支援学校
- 専修学校および各種学校（教育基本法に定める義務教育を修了した者およびこれに相当する方に限ります）

<所得補償保険>

コーセー・アルビオングループの従業員ご本人およびご家族の方（配偶者、子ども、両親、兄弟姉妹、ご本人の同居の親族）であり、令和7年7月1日時点において、満15才～満65才未満の方でかつ有職者の方に限ります。

<GLTD（団体長期障害所得補償保険）>

令和7年7月1日時点において満60才未満の方でかつコーセー・アルビオングループの従業員ご本人で、告知日時点で正常に勤務されている方に限ります。

保険料の払込方法

<役員・従業員の方>

令和7年9月分給与より毎月控除となります。（月払）

<退職者の方>

保険料は口座振替となります。（月払）

口座振替日：毎月27日（金融機関休業日の場合はその翌日となります）

初回保険料の引落とし日は令和7年9月29日です。

（注）役員・従業員・退職者の方共に団体ゴルフ保険、団体日常生活賠償保険は一時払となります。

お知らせ

共同保険について

この保険契約は下記引受保険会社による共同保険契約であり、各引受保険会社は分担割合に応じて連帯することなく単独別個に責任を負います。引受幹事保険会社は、他の引受保険会社を代理・代行して保険料の受領、保険証券の発行、保険金のお支払いその他の業務を行っております。なお実際に引受を行う保険会社、およびその分担割合は今後変更になる可能性があります。これらに係る確定内容をお知りになりたい場合には、取扱代理店ならびに引受幹事保険会社までお問合わせください。

◎：引受幹事保険会社 ○：共同引受保険会社

保険種目 引受保険会社	安心セレクト保険	親介護保険 (団体総合生活補償 保険 親介護一時金 支払特約セット)	GLTD (団体長期障害 所得補償保険)	団体ゴルフ保険 (団体総合生活 補償保険 ゴルフ賠償責任 保険特約セット)	こども総合保険	所得補償保険	団体日常 生活賠償保険 (団体総合生活 補償保険 日常生活 賠償特約セット)
あいおいニッセイ 同和損害保険㈱	◎ (60%)	◎ (100%)	◎ (60%)	◎ (60%)	◎ (60%)	◎ (60%)	◎ (60%)
損害保険ジャパン㈱	○ (40%)	—	○ (40%)	○ (40%)	○ (40%)	○ (40%)	○ (40%)

- この保険は株式会社コーセーを保険契約者とし、コーセー・アルピオングループの役員・従業員・退職者を加入者とする団体総合生活補償保険、こども総合保険、所得補償保険、GLTD（団体長期障害所得補償保険）の団体契約です。
- このパンフレットは各保険の概要を説明したものです。ご加入にあたっては必ず「重要事項のご説明 契約概要のご説明・注意喚起情報のご説明」をご覧ください。また、詳しくは「ご契約のしおり（普通保険約款・特約）」をご用意していますので、取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。ご不明な点につきましては、取扱代理店または引受保険会社にお問合わせください。
- 各保険種目における「ご契約のしおり（普通保険約款・特約）」、保険証券は保険契約者（株式会社コーセー）に交付されます。
- 他の保険契約等の有無については、危険に関する重要な事項の告知事項として加入申込票に記入していただきます。正しく記入していただけなかった場合には、ご契約を解除することがありますのでご注意ください。
- 健康状態告知書質問事項の回答内容（本人介護一時金補償、親介護保険、GLTD）や加入申込票記載事項（年令・他保険加入状況・保険金請求歴等）等により、ご契約のお引受けをお断りしたり、引受条件を制限させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。
- ご加入内容の変更または継続しない旨のお申し出のない限り、保険契約の満了する日と同一内容（※）で継続加入のお取扱いをいたします。この場合、継続後の保険料は、継続日現在の保険料率および被保険者または特約被保険者の年令等によって計算されます。
（※）傷害死亡保険金受取人は法定相続人となります。傷害死亡保険金受取人を指定される場合は、ご加入内容の変更となり、改めてお手続きが必要です。この場合、被保険者の同意確認のために書類の提出をお願いすることがあります。
（ご注意）保険金請求事故が多発した場合などについて、ご継続を中止させていただくことがあります。
- 記載の保険料は団体割引15%を適用しています。

〈取扱代理店〉

コーセー保険サービス株式会社

〒103-0025

東京都中央区日本橋茅場町2-8-5

タカビル8階

TEL:03(4346)2200 FAX:03(3663)2110

〈引受幹事保険会社〉

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

〒103-8250

東京都中央区日本橋3-5-19

東京企業営業第一部営業第二課

TEL:050-3461-1981 FAX:03(6748)7835

事故が起こった場合は

遅滞なく下記までご連絡ください。

コーセー保険サービス株式会社
03-4346-2200

対応時間：9:00～16:30（土日・祝日除く）
※おかけ間違いにご注意ください。

あいおいニッセイ同和損保あんしんサポートセンター
0120-985-024（無料）

※受付時間〔24時間365日〕
※IP電話からは0276-90-8852（有料）におかけください。
※おかけ間違いにご注意ください。

保険の見直し・ご相談は

※電話等での個別相談を受け付けています。近郊では面談も対応いたします。

コーセー保険サービス株式会社
03-4346-2200

メール/khs.hoken@kose.co.jp 対応時間：9:00～16:30（土日・祝日除く）

取扱商品ラインナップ



クルマの
保険



住まいの
保険



ケガの
保険



医療保険



がん保険

