

団体長期障害所得補償保険

長期収入サポートコース 〔長期の就業障害補償〕

団体割引
30%
適用!!

保険期間：2023年8月1日午後4時～
2024年8月1日午後4時
保険料控除開始：2023年10月給与から
毎月控除



病気やケガによる就業障害の所得補償 ※健康状況告知が必要になります。

Pick up! もし、病気やケガで長期間働けなくなったら…

脳卒中になり、長期間入院することになってしまった…

交通事故に遭い長期間自宅療養すること…

会社の給料はいつまでもらえるの？
在宅中は休養していても、有給休暇のほかに傷病手当金等（休職期間）により、所得がありますが、退職後、所得が途絶えてしまいます。

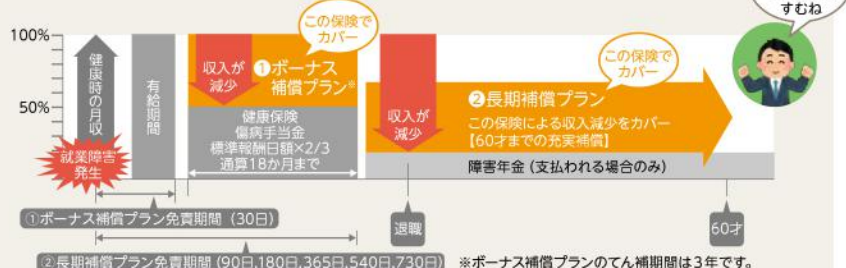
どうしよう

不安だわ… 生命保険だけでは不十分な？
一般的な生命保険は、入院時の医療費や死亡時に備える保険です。働けなくなった場合の所得減少には対応していません。

困っちゃうな… 公的給付で十分なの？
障害の程度により障害年金が給付されることもありますが、給付があっても所得が大幅に減少します。

心配だわ… 障害が残ったら家族はどうなるの？
病気やケガにより障害が残ってしまった場合は、家族による支援が必要です。家族の仕事が制限される可能性があります。

長期収入サポートコースでは社会保険制度からの給付では不足する
長期の就業障害に伴う所得の損失を補償します!



働けなくなった場合の補償と、他の保険の関係

- 死亡した……… 生命保険
- 入院・手術等……… 医療保険
- 要介護……… 介護保険
- 働けなくなった……… 長期収入サポート

働けなくなるリスクと死亡した場合のリスク比較			
働けなくなるリスク		死亡した場合のリスク	
返済が継続	住宅ローン	団体信用生命保険により完済	
引き続き必要	生活費	本人分は不要	
引き続き必要	教育費	引き続き必要	
さらに必要	医療費	不要	

長期収入サポートは働けなくなった場合も継続する金額的な支出に備えることができます。

長期収入サポートコースの保険金は、次の①、②のいずれかに該当した場合にお支払いいたします。

- ①就業障害により身体障害発生直前に従事していた業務に全く従事できない場合
- ②一部従事することができず、かつ所得喪失率が20%を超えた場合

給与所得を上回る保険金のお支払いはできません。

①ボーナス補償プラン
就業障害で失う36か月（3年）のボーナス収入をカバー
免責期間：30日
（妊娠に伴う身体障害の場合は90日）
保険金支払対象期間（てん補期間）：
3年。ただし、精神障害による就業障害の場合は、てん補期間にかかわらず24か月が限度となります。

②長期補償プラン
就業障害で失う60才に達した日までの給与収入をカバー
免責期間：90日、180日、365日、540日、730日
（妊娠に伴う身体障害の場合は上記もしくは90日のいずれか長い期間）
保険金支払対象期間（てん補期間）：
60才に達した日*まで（てん補期間が3年に満たない場合は最長3年）。ただし、精神障害による就業障害の場合は、てん補期間にかかわらず24か月が限度となります。
（*）60才に達した日とは、60才の誕生日の前日をいいます。

★免責期間の設定の目安
免責期間…有給休暇+会社の休業保障制度期間+傷病手当金を取得しうる期間を目安に設定してください。
有給休暇、会社の休業保障制度期間は会社により異なります。ご自身にあった免責日数を選択してください。

長期補償プラン 加入人数の計算

Step1 直近1年間の税引後年収を把握してください。 万円…①（賞与を含む）

Step2 平均月収（年収の1/12）を計算してください。 ① 万円÷12か月＝万円…②

Step3 ②の50%を計算してください。（免責期間が1年6か月以上の場合は70%以下に設定できます。） ② 万円×50%＝万円…③

Step4 ③を5万円で割算し加入限度人数を計算します。 ③ 万円÷5万円＝加入限度人…④
※これを超えてご加入いただいた場合でも、保険金のお支払いは就業障害発生直前の平均月間所得額が限度となりますので、十分ご注意ください。

Step5 ④以内の整数口数（ただし、10口以内）があなたの加入人数となります。

①ボーナス補償プラン

1口（月額保険金額2.5万円）あたりの月払保険料 加入限度：5口

*年令は保険始期日時点（2023年8月1日）の満年令となります。

セット名	X1		X		セット名	X1		X	
	年令	男性	女性	年令		男性	女性		
18～24才	128円	100円	40～44才	330円	322円				
25～29才	145円	148円	45～49才	447円	438円				
30～34才	195円	200円	50～54才	567円	552円				
35～39才	250円	276円	55～59才	758円	707円				

●ご加入限度
お支払いする保険金は、てん補期間中の就業障害である期間1か月については5口〔12.5万円〕（年額150万円）が限度となります。
年間ボーナス分を月割りしたものを保険金額の目安とするプランです。お支払いする保険金は、月額保険金額（支払基礎所得額）×所得喪失率となります。
詳細は、P41をご覧ください。

②長期補償プラン（最低2口以上）

1口（月額保険金額5万円）あたりの月払保険料 加入限度：10口

●ご加入限度
ご加入は10口限度となり2口からご加入いただけます。保険金請求時には、就業障害発生直前の源泉徴収票をご提出いただけます。

セット名	G1	L1	G2	L2	G3	L3	G4	L4	G5	L5
免責期間	730日		540日		365日		180日		90日	
年令/性別	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
18～24才	273円	189円	285円	195円	295円	201円	322円	230円	377円	287円
25～29才	288円	241円	301円	254円	313円	266円	339円	310円	396円	401円
30～34才	332円	327円	351円	346円	369円	364円	409円	418円	477円	530円
35～39才	408円	463円	434円	490円	459円	516円	506円	581円	611円	750円
40～44才	560円	690円	599円	726円	636円	760円	701円	824円	836円	973円
45～49才	725円	877円	781円	933円	835円	987円	924円	1,071円	1,109円	1,266円
50～54才	775円	871円	870円	969円	963円	1,066円	1,091円	1,193円	1,261円	1,359円
55～59才	879円	889円	921円	924円	959円	955円	1,038円	1,019円	1,195円	1,163円

ご加入資格者 2023年8月1日現在で満18才以上59才以下かつ健康状況告知の結果、ご加入できると判定された方で、お申込日現在、アルプスアルバイン株式会社およびそのグループ会社と正式な雇用関係のある正社員とします。ただし、役員、顧問、契約型社員、パート、アルバイトを除きます。（60才になりましたら脱退となります。）

加入申込票兼健康状況告知書のご記入要領 (長期収入サポートコース)

※フリクションペンでの記入は不可です。黒のボールペンで記入願います。

※4-5月の一斉募集の際、web募集のご案内があった方は、『加入申込票』を『web画面』、『記入』を『入力』に読み替えてください。(紙申込のご案内があった方は、こちらの記入例をそのままご使用ください。)

申込人名をカタカナでご記入いただき、加入内容をご確認のうえ申込人がご署名ください。所属コードも、必ずご記入ください。

男性の方はX1、女性の方はXに○と口数をご記入ください。

補償の対象となる方(被保険者)の氏名(カタカナ必須)、生年月日、年齢、性別をご記入ください。年齢は2023年8月1日時点の満年齢をご記入ください。

訂正される場合は被保険者本人が訂正箇所を二重線で消して、正しい内容をご記入のうえ、訂正署名フルネーム(⇒訂正項目付近に被保険者ご自身が署名)してください。

他の保険契約・保険金請求歴につき、全被保険者分をご確認いただき、回答が「あり」の場合、「あり」に○のうえ、被保険者ごとに裏面の回答欄に内容をご記入ください。

社員番号・生年月日・性別をご記入ください。

記入した日をご記入ください。

必ずお選びください。

STEP 1 申込人情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。

社員番号: 1234567
 加入申込日: 令和5年5月1日
 年齢: 59歳 性別: 男

STEP 2 申込内容と健康状況(告知)についてご確認のうえご記入ください。

氏名: ユキガヤ タロウ 雪谷 太郎
 年齢: 59歳 性別: 男
 手続区分: 新規加入する (選定)
 補償コース: G3

STEP 3 その他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらもご確認のうえご記入ください。

他の保険契約等: あり (選定)

補償の対象となる方(被保険者)の氏名(カタカナ)、生年月日、年齢、性別をご記入ください。年齢は2023年8月1日時点の満年齢をご記入ください。

加入を希望するコース名をご記入ください。
 ※コース名
 [男性] G1/G2/G3/G4/G5
 [女性] L1/L2/L3/L4/L5

新たに加入される方、または保険金額を増額される方は、被保険者ご本人が、加入申込票裏面の質問①~③(③は16才以上の女性のみ)の回答を、必ずご記入ください。
 ・「はい」「いいえ」のどちらかに○印をつけてください。「はい」の方は、裏面の疾病・症状一覧表でご確認のうえ、該当疾病(A欄・B欄)欄、特定疾病対象外欄にご記入ください。
 ・被保険者ご本人が回答内容をご確認のうえ、ご署名ください。告知日もご記入ください。

【告知のご記入に際して】
 <ご記入前に、必ずお読みください。>
 ・告知質問に当てはまる場合は、症状が軽度でも告知が必要です。
 ・疾病・症状名が判明しない場合も、疾病・症状名が判明するまではお引受を見合わせさせていただきます。

ご記入にあたって

- ① 目的の項目は、ご契約に関して引当保険会社が必ず行う重要な事項(告知事項)です。事実と異なる場合は、ご契約が無効となり、保険金をお支払いできないことがありますので、十分ご確認のうえご回答(記入)ください。
- ② 告知事項を必ずご記入ください。告知事項に該当する場合は、告知事項欄に○印を付けてください。告知事項欄に○印を付けない場合は、告知事項欄に○印を付けてください。
- ③ 告知事項は、告知事項欄に○印を付けてご記入ください。
- ④ 告知事項欄に○印を付けない場合は、告知事項欄に○印を付けてご記入ください。
- ⑤ 告知事項欄に○印を付けない場合は、告知事項欄に○印を付けてご記入ください。
- ⑥ 告知事項欄に○印を付けない場合は、告知事項欄に○印を付けてご記入ください。
- ⑦ 告知事項欄に○印を付けない場合は、告知事項欄に○印を付けてご記入ください。
- ⑧ 告知事項欄に○印を付けない場合は、告知事項欄に○印を付けてご記入ください。

被保険者と団体との関係を下記「◆団体との関係」より選んでご記入ください。

<ご注意>
 ・2023年8月1日時点で満年齢が59才までの方は継続となります。60才以上の方は、「脱退」となるため、加入申込票をご提出ください。