

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：2024年8月1日午後4時～
2025年8月1日午後4時
保険料控除開始：2024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 ※健康に関する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…

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。

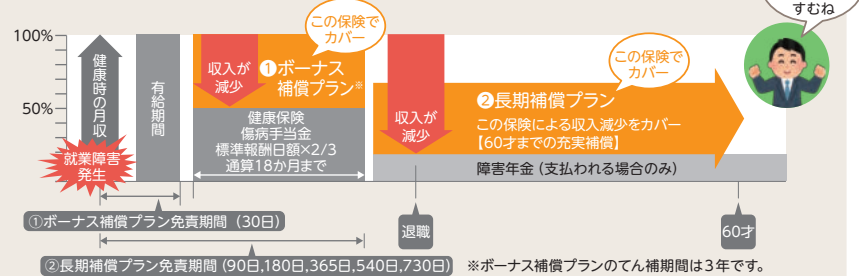
困っちゃうな… 公的給付で十分なの？
障害の程度により障害年金が給付されることもあります。給付があっても所得が大幅に減少します。

交通事故に遭い長期間自宅療養すること…

不安だわ… 生命保険だけでは不十分なの？
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。

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、金銭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 加入口数の計算

Step1 直近1年間の税引後年収をご確認ください。 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。 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。) 万円 × 50% = 万円…③

Step4 ③を5万円で割算し加入口数を計算します。 ※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。 万円 ÷ 5万円 = 加限度 口…④

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

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(2024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】(月額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	
	年令/性別	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性			
免責期間	730日		540日		365日		180日		90日											
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

2024年8月1日現在で満18才以上59才以下かつ健康に関する告知の結果、ご加入できると判定された方で、お申込日現在、アルプスアルパ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。)

申込人氏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2024年8月1日時点の満年齢をご記入ください。

変更や訂正をされる場合は、申込人・被保険者本人が訂正箇所に二重線を引き、正しい内容をご記入のうえ、訂正項目付近にフルネームでご署名ください。(押印不要)

他の保険契約・保険金請求歴は、全被保険者分をご確認・ご回答ください。回答が「あり」の場合、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。

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2024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

〔長期収入サポートプランを新たに追加する方・継続時に増額する方〕
減額する方は告知不要です
・申込票の裏面の質問1,2の回答を必ずご記入ください。
・質問に対する回答が「はい」の場合は、ご加入いただけません。
・被保険者ご本人にて告知日記入・ご署名ください。

＜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。

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＞
・2024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。