

団体総合生活補償保険 (MS&AD型)

ケガ補償コース 病気補償コース

おすすめ
ポイント

ケガ 病気 オプション

保険期間：2024年7月25日午後4時～2025年7月25日午後4時
保険料控除開始：2024年8月給与から毎月控除

ケガ：
37%※1
割引!!

病気：
30%※1
割引!!



※1 前年度ご加入いただいた被保険者の人数に従って割引率が適用されます。

- 簡単な告知で申込みいただけます！**
※**病気補償コース・病気補償オプションは健康に関する告知が必要となります。**
※新型コロナウイルス感染症も告知の対象となります。(2024年1月現在) 今後変更となる場合もございます。
- 病気の日帰り入院も補償！(お支払限度730日)**
病気補償コース (B1,B2) では、病気で入院した際、1日目から5,000円 (B1) または10,000円 (B2) の疾病入院保険金が補償されます。
- 充実の医療補償！**
入院・手術の補償に加え、オプションでがんや成人病に備えることもできます。
はじめてご加入される入院補償としてはもちろん、現在ご加入の医療保険等の上乗せ補償としてもご利用いただけます。
- 熱中症にも備えられます！(ケガ補償コース自動セット)**
※傷害死亡保険金はお支払対象外です。
- ご家族もご加入できます！**
被保険者(補償の対象者)本人(*)となれる方の範囲は、アルプスアルパイン株式会社およびそのグループ会社の役員・従業員およびその家族(配偶者、子ども、両親、兄弟姉妹および本人と同居している親族をいいます。)です。
(*)加入申込票またはweb画面の被保険者ご本人欄に記載の方をいいます。
病気補償コース(病気補償オプションを含む)の場合は、上記の方で保険始期日(2024年7月25日)時点で満0才以上89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す。
- ご退職後はOB向けグループパック保険に移行できます！**
・OB向けグループパック保険：退職後の病気補償コースのご加入は満89才までとなります。オプションについては、先進医療のみ移行できます。
・**医療保険Aセレクト**：簡単な告知で一生の病気入院補償へ移行することができます。

お知らせ

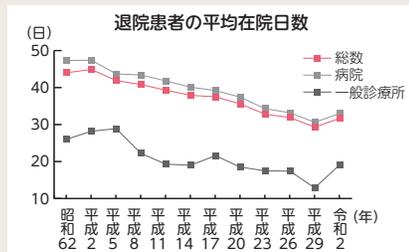
新型コロナウイルス感染症と
診断された場合のお支払対象範囲が
2023年5月8日より変更となりました

●新型コロナウイルス感染症と診断された場合の現在のお支払い範囲

ケース	お支払範囲	
入院された場合 (約款におけるお取扱い)	○お支払対象	
宿泊・自宅療養 された場合 (特別なお取扱い)	重症化リスクの高い方	×お支払対象外
	上記以外の方	×お支払対象外

疾病入院時一時金のご案内

短期入院時の補償を充実し、
入院一日から一時金をお支払いします。



厚生労働省 令和2年(2020)患者調査の概況
統計表6 退院患者の平均在院日数、施設の種別・年次・年齢階級別

? 先進医療とは

先進医療の技術料は全額自己負担となります。

大学病院等の医療機関で研究・開発された最新の医療技術の中で、安全性と治療効果を確保したうえで、一般の保険診療との併用(混合診療)が認められた制度を「先進医療」といいます。診察・検査等一般の保険診療と共通する部分は公的医療保険制度の対象(保険診療)になりますが、先進医療にかかる費用は全額自己負担(保険外診療)です。

粒子線治療の平均費用(めやす)

重粒子線治療 約316万円
陽子線治療 約269万円



令和4年12月8日厚生労働省「第117回先進医療会議」資料「令和4年度先進医療技術の実績報告」をもとに試算
2023年12月時点

ケガ補償コース・病気補償コース保険金お支払例

ケガ補償コース

真冬の凍った道を歩いていて転倒し、腕を骨折した。5日間入院し入院中に手術を受け、退院後15日間通院した。

(A2セット加入の場合)

・傷害入院保険金	6,000円×5日=30,000円
・傷害手術保険金	60,000円
・傷害通院保険金	4,000円×15日=60,000円
合計	150,000円



病気補償コース

盲腸で5日間入院し手術を受け、退院後3日間通院した。

(B2セット加入の場合)

・疾病入院保険金	10,000円×5日=50,000円
・疾病手術費用保険金	167,900円(実費)+10万円=267,900円
・疾病通院保険金	3,000円×3日=9,000円
合計	326,900円

病気補償オプション

人間ドックで食道がんが見つかり、遠方の病院で先進医療(重粒子線治療)を受けるため21日間入院し退院した。

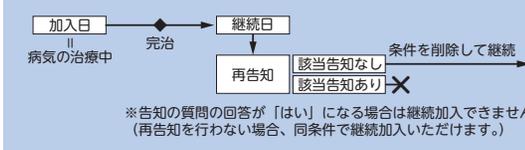
(B2セット、S2セット、SGセット、SSセット、SNセット、STセット加入の場合)

・疾病入院保険金	10,000円×21日=210,000円 (B2セット)
	10,000円×21日=210,000円 (S2セット)
・がん診断保険金	1,000,000円 (SGセット)
・先進医療費用保険金(交通費等も含む)	2,990,000円 (SSセット)
・疾病入院時一時金	50,000円 (SNセット)
・疾病退院時一時金	100,000円 (STセット)
合計	4,560,000円



お客さまからよくあるご質問

- Q1. 病気時の通院は何日まで補償されますか？**
A1. 90日までとなります。
- Q2. 保険金請求権に期限はありますか？**
A2. 保険金請求権については時効(3年)がありますのでご注意ください。
- Q3. 健康状況告知の質問の回答が「はい」になる場合は、加入できますか？**
A3. 告知の質問の回答が「はい」になる場合は、ご加入をお引き受けできません。
- Q4. 既往症を補償しない条件で加入しているが、この条件を削除することはできますか？**
A4. 継続時に再度「健康状況告知書 質問事項」に回答していただくことで、条件を削除して継続いただくことができます。ただし、質問内容の回答がいずれも「いいえ」の場合に限ります。



- 注1) 再告知は継続加入時のみの制度であり、保険期間の途中で行うことはできません。
注2) 過去に遡って再告知を行うことはできません。
注3) 再告知は加入者の任意で行う制度です。

ケガ補償コース・病気補償コース

ケガ
病気
オプション

基本補償 ケガ補償コース [病気補償コース]のみ単独加入はできません。
[ケガ補償コース]で選択した同セットをお申込みください。

補償内容		A1	A2
傷害死亡保険金額	ケガで死亡したとき	300万円	600万円
傷害後遺障害保険金額	ケガで後遺障害が発生したとき	12~300万円	24~600万円
傷害入院保険金日額	ケガで入院したとき(180日限度)	1日につき 3,000円	1日につき 6,000円
傷害手術保険金	ケガで手術を受けたとき	入院中	30,000円
		入院中以外	15,000円
傷害通院保険金日額	ケガで通院したとき(90日限度)	1日につき 2,000円	1日につき 4,000円

病気補償コース ※健康に関する告知が必要となります。
[病気補償コース]加入の場合、A1の方はB1、
A2の方はB2にのみご加入できます。

補償内容		B1	B2
疾病入院保険金日額	病気で入院したとき(730日限度)	1日につき 5,000円	1日につき 10,000円
疾病手術費用保険金	病気で入院し健康保険の手術料の対象となる手術を受けたとき	100万円限度の実費*1 +臨時費用10万円	
疾病通院保険金日額	病気で入院前後に通院したとき*2 (病気入院前60日間、退院後180日間のうち90日限度)	1日につき 3,000円	

*1 手術日以降の差額ベッド代、他の病院への移転費(医師の指示がある場合)、手術日以降の治療費のうち健康保険自己負担分等(自己負担分については、公的医療保険制度や健康保険組合から還付される部分は除きます。)
*2 疾病入院の原因となった病気の治療のための通院に限ります。

病気補償オプション ※健康に関する告知が必要となります。

単独加入はできません。必ず病気補償コースにご加入ください。

オプション名	セット名	補償内容	S1 (B1加入の方)	S2 (B2加入の方)	
成人病2倍支払*1	S1/S2	成人病*2で入院・通院したとき、疾病入院通院保険金日額に右の金額を上乗せしてお支払いします。	入院	日額 5,000円	日額 10,000円
			通院	日額 3,000円	日額 3,000円
がん診断保険金	SG	がんと診断され治療を開始したとき、一時金として100万円をお支払いします。	100万円		
先進医療費用	SS	国内で先進医療治療を受けたときの実費を1,000万円を限度にお支払いします。	1,000万円		
疾病入院時一時金	SN	病気入院1日から一時金としてお支払いします。	5万円		
疾病退院時一時金	ST	病気で14日以上継続して入院した後に退院したとき、または入院が365日を超えたときに一時金としてお支払いします。	10万円		

*1 「成人病のみ補償特約」をセットしています。
*2 病気補償オプションの対象となる成人病は、がん(悪性新生物)、糖尿病、高血圧性疾患、脳血管疾患、心疾患のうち特約記載の病気をさします。

コースの組み合わせ方

Q1 どちらの補償が必要ですか?
A: ケガ補償コースのみ → A1またはA2をお選びください。
B: ケガ補償コース+病気補償コース → Q2へ

Q2 病気補償オプションは必要ですか?
A: はい → オプションをお選びください
B: いいえ → A1とB1、またはA2とB2をお選びください。

[ケガ補償コース]

月払保険料	A1	A2
	950円	1,900円

[病気補償コース]

年齢*1	B1	B2
0~4才	430円	770円
5~9才	330円	590円
10~14才	170円	280円
15~19才	200円	300円
20~24才	300円	450円
25~29才	500円	750円
30~34才	680円	1,010円
35~39才	770円	1,130円
40~44才	820円	1,180円
45~49才	1,050円	1,550円
50~54才	1,520円	2,210円
55~59才	2,290円	3,310円
60~64才	3,690円	5,270円
65~69才	5,690円	8,350円
70~74才	8,580円	12,790円
75~79才	13,850円	21,640円
80~84才	21,770円	35,070円
85~89才	24,960円	40,190円

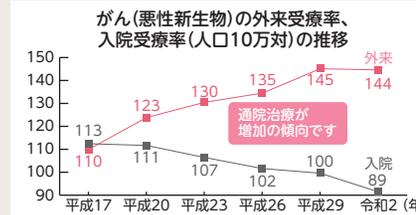
[病気補償オプション]

	S1	S2	SG	SS	SN	ST
	50円	90円	20円	60円	160円	30円
	40円	70円	20円	60円	120円	20円
	20円	30円	20円	60円	70円	20円
	20円	30円	20円	60円	60円	30円
	20円	30円	30円	60円	90円	40円
	30円	60円	100円	60円	120円	50円
	60円	100円	190円	60円	150円	60円
	90円	160円	310円	60円	160円	70円
	140円	240円	470円	60円	150円	70円
	240円	410円	700円	60円	170円	90円
	420円	710円	870円	60円	200円	130円
	670円	1,140円	1,390円	60円	250円	170円
	1,060円	1,820円	2,680円	60円	350円	270円
	1,710円	2,970円	3,600円	60円	500円	390円
	2,720円	4,740円	4,610円	60円	660円	560円
	5,350円	9,390円	4,800円	60円	770円	770円
	8,750円	15,620円	2,640円	60円	880円	1,100円
	10,400円	18,500円	1,720円	60円	760円	1,260円

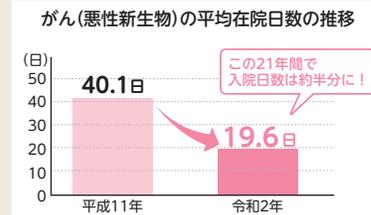
*1 年齢は2024年7月25日時点の満年齢となります。
*2 70~89才の方の新規加入はB1、B2セットのみとなります。ご年齢の進行により保険料表の年齢区分が変わる場合は、ご継続時のご年齢による保険料となりますのでご了承ください。

オプション「がん診断保険金」(SG)で備えられます!

Pick up!! データでみる **がん** について



出典:厚生労働省「令和2年患者調査の概況」



出典:厚生労働省「患者調査の概況(令和2年)」

早期発見・早期治療により、がんは治る病気になってきました

全がんの5年相対生存率(計)
67.5%

部位別5年相対生存率(計)

胃……72.4% 乳房(女)……92.2% 子宮頸部……75.1%

公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計2023」がん診断連携拠点病院等における5年生存率(2013~2014年診断例)から一部抜粋

加入申込票兼健康状況告知書のご記入要領 (グループパック保険 ケガ補償コース・病気補償コース)

※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(カタカナ)をご記入いただき、加入内容をご確認のうえ申込人が漢字でご署名ください。所属コードも、必ずご記入ください。

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7月25日時点の満年齢をご記入ください。

裏面の職種コード一覧を参考に職業名・職種名(カタカナ)、職種コードをご記入ください。

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て二重線を引き、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)(15才未満の場合は親権者が署名)

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。

The form is divided into several sections:

- STEP 1**: Personal information and application date. Includes fields for employee ID, birth date, gender, and application date. A section for 'New member' or 'Existing member' with checkboxes.
- STEP 2**: Insurance details and health status. A table with columns for insured person name, age, gender, and insurance plan code (A1, B1, B2, S1, S2, SG, SS, SN, ST).
- STEP 3**: Other insurance contracts and claim history. A section for 'Other insurance contracts' with checkboxes for various types of insurance.

【病気補償コース(B1,B2)または病気補償オプション(S1,S2,SG,SS,SN,ST)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にのみ回答を必ずご記入ください。(質問3は生活サポートコース専用の回答欄となります。誤って回答された場合は、二重線で○を削除のうえ訂正署名ください。)
・質問に対する回答が「はい」の場合は、ご加入をお引き受けできません。
・被保険者ご本人にて告知日記入・ご署名ください。(告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者がご署名ください。)

・新型コロナウイルス感染症も告知の対象となります。(2023年12月現在)今後変更となる場合もございます。

脱退の場合は×線で消したうえで、ご署名をお願いします。

告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者が確認、親権者氏名をご署名ください。(「親権者：○○○○(親権者氏名)」)

・ご年齢によって保険料が異なります。パンフレットでご確認ください。
・ご希望のセット名をご記入ください。

被保険者と団体との関係を右記「◆団体との関係」より選んでご記入ください。

<病気補償コースの注意点>
・70~89才の新規加入はB1,B2セットのみとなります。
・脱退される場合は、加入申込票をご提出ください。