

全日電工連 グループ共済制度のご案内

経営者・従業員の皆様の万一に安心の備え

手頃な掛金で、死亡保障・高度障害の保障を
充実できます。

死亡保険金は、業務中・業務外を問わずお支払いします。
(※不慮の事故による5日以上入院も保障)

経営者おすすめコースの活用

70歳まで3000万円まで
ご加入いただけます!

万一のとき、遺族保障や
事業承継のお役に立ちます。



新規加入・増口可能年齢

15歳~75歳

(71歳~75歳までは5口限度)

継続加入年齢

80歳まで

就業期間中なら80歳まで
継続加入できます。

本パンフレットをご一読いただき、この機会にぜひ加入・保障の見直しをご検討ください

全日本電気工事業工業組合連合会

〒105-0014 東京都港区芝2-9-11 全日電工連会館1F TEL 03-5232-5861 FAX 03-5232-6855 E-MAIL: zennichi@znd.or.jp

手続きや制度内容のお問い合わせは
右記にご連絡ください

スミセイフリーダイヤル(団体保険契約室) ☎ 0120-307282

【受付時間】 月曜日~金曜日 午前9時~午後5時(祝日・12月31日~1月3日を除く)

本パンフレットは次回更新日まで大切に保管してください。

品名コード 102-251 CG2023-0364

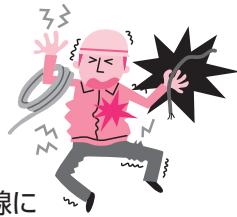
万一の時は、全日電工連グループ共済制度が皆さまをお守りします!

安心の24時間保障!

業務中もお支払い

(例)

清掃作業中、誤って配電盤内の活線に接触しお亡くなりになった



業務外もお支払い

(例)

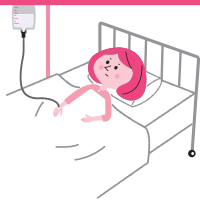
休日、運転中に事故に遭いお亡くなりになった



病気によるお支払い

(例)

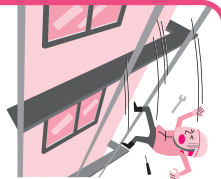
・がんを患い、その後お亡くなりになった
・脳疾患を患い、その後終身常に介護を要する状態となった



災害(不慮の事故)によるお支払い

(例)

配線作業中に足場より、コンクリートに落下し、5日以上入院された



お亡くなりになったときや
重い障害状態になったときへの備え

死亡保障・高度障害保障



遺族の生活に対する不安

(複数回答:上位2項目)

遺族の
日常生活資金が
不足する
43.5%

遺族年金等の
公的保障だけでは
不十分
44.1%

▶ 家族構成やライフプランによって、
備えておきたい「**必要保障額**」は異なります。

出典:公益財団法人生命保険文化センター 2022年度
「生活保障に関する調査」

その他制度の特徴

- 多くの方にご契約いただくことで割引が適用され、全日電工連だけのお手頃な掛金となっています。
- 医師による診査は必要ありません。
※加入対象者への同意確認と2項目の告知をいただきます。
- 毎年収支計算を行い剰余金が生じた場合は、配当金が支払われます。
※保険期間中に脱退された場合は、配当金は支払われません。
- 掛金は、損金または必要経費に算入できます。
- 事業主および従業員等の遺族保障に役立ちます。
※ご請求時にはご遺族の了知(署名・捺印)が必要です。
- 保険期間は1年間で毎年更新。
※更新時に健康状態は問いません。
- 経営者おすすめコースで70歳まで3000万円にご加入できます。
※経営者が万一の場合も、大切な事業、会社、従業員、家族を守る為に、より大きな保障をご用意しました。
- 新型コロナウイルス感染症で亡くなった場合、死亡保険金に加え災害保険金も支払われます。
(お支払いの対象は2025年2月末日保険事故発生分まで)

全日電工連独自制度

役員・従業員の福利厚生制度として本制度を永年活用している加入事業所に対し、要件を満たす被保険者の満期脱退を基準として祝金を給付いたします。

給付対象 事業所(または組合)※ただし、申請時に継続加入中であること
※本件の申請に関しては、該当事業所(または組合)に対し、当該年度更新後にご案内いたします。

要件 被保険者が本制度に20年以上継続加入の後満期脱退(80歳)した場合
※記載の内容は、今後の運営状況により取扱いが変わることがあります。

各種お申込手続きの締切日

お手続きは、各道府県工組(支部・地区本部)、もしくは生命保険会社の担当者へお申込みください。

更新月 2024年3月1日	手続内容	各道府県工組締切日	住友生命東京本社 締切日	
	加入(新規・追加)・増口・減口	各道府県工組へお問い合わせください。		2024(令和6年)年1月12日(金)
	脱退	同上	2024(令和6年)年1月19日(金)	

例月 3月1日以外	手続内容	各道府県工組締切日	住友生命東京本社 締切日	効力発生日
	加入(新規・追加)	各道府県工組へお問い合わせください。	毎月10日	翌月1日
	脱退	同上	毎月25日	
	変更(口座変更・氏名変更等)	同上	毎月10日	
	9月1日付増口・減口	同上	2024(令和6年)年7月29日(月)	2024(令和6年)年9月1日

(締切日が、土曜、日曜、祝日と重なる場合は、前日に繰り上がりますのでご注意ください。)

※締切日までに**所定の書類をご提出**のうえお手続きください。

ご意向(ニーズ)確認のお願い

お申込みにあたっては、本パンフレットをご覧ください。保障内容、掛金、保険金額、保険期間、配当金の有無などが自身のご意向(ニーズ)に沿った内容となっているか、必ずご確認ください。

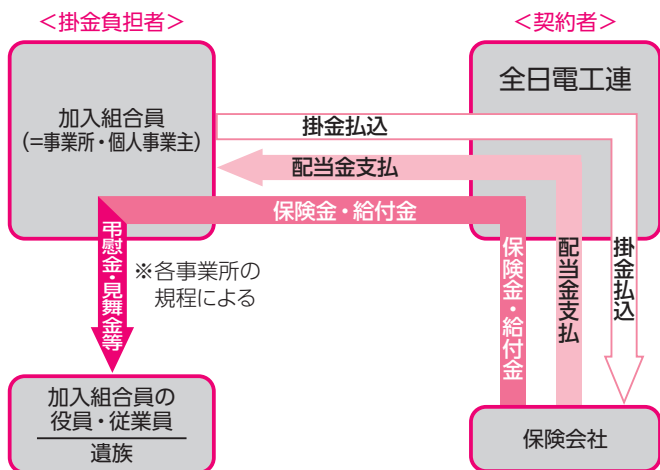
契約概要

商品内容のうち、特に重要なことを記載しています。

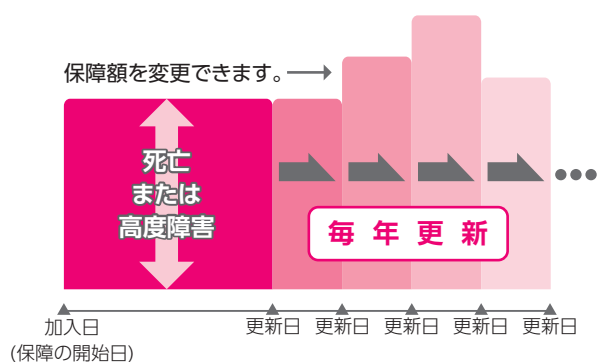
① 団体定期保険のしくみ

- 役員・従業員などに死亡または高度障害等の保障をご準備いただくため、全日電工連が契約者となり、福利厚生制度の一環として運営されます。
- 希望される組合員(=事業所・個人事業主)が加入でき、組合員(=事業所・個人事業主)の役員・従業員など加入対象者全員のお申込みをさせていただきます。
- 掛金は組合員(=事業所・個人事業主)および組合事務局にご負担いただけます。
- 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・給付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)。

団体定期保険のしくみイメージ



保障の更新イメージ



※福利厚生制度の変更などによって、契約内容が変更されたり、制度自体が継続できなくなる場合があります。

② 加入対象者

※年齢は2024(令和6年)年3月1日(更新日)現在の表示

全日電工連に所属の組合員(=事業所・個人事業主)およびその役員・従業員ならびに組合事務局の専従役員で満14歳6か月超75歳6か月以下(継続加入のときは満80歳6か月以下)の方

*短期雇用形態の者、下請けの者を除く

⚠ 加入に際しての留意事項がありますので、必ずご確認ください。

📖 詳細

P5 契約概要「加入に際しての留意事項」

③ 加入口数と掛金

組合員(=事業所・個人事業主)・組合事務局単位の全員加入です。加入者全員分の合計掛金額が組合員および組合事務局の負担となります。
(①等の番号は、P4契約概要「⑤支払われる保険金など(保障の内容)」に記載の保険金・給付金を示しています。)

内容	病気で死亡されたとき、または高度障害状態に陥られたとき	不慮の事故で死亡されたとき	不慮の事故で高度障害状態に陥られたとき※	不慮の事故で障害状態(障害等級第1級～第6級)に陥られたとき	不慮の事故で入院されたとき	1人あたりの概算掛金月額			
						15歳～45歳 S53.9.2～ H21.9.1 生まれ	46歳～60歳 S38.9.2～ S53.9.1 生まれ	61歳～70歳 S28.9.2～ S38.9.1 生まれ	71歳～80歳 S18.9.2～ S28.9.1 生まれ
保険金・給付金	①または②	①+③	②	④	⑤ 入院給付日額×入院日数				
1□	100万円	200万円	100万円	100～10万円	1,500円 日額	320円	510円	1,430円	1,430円
2□	200万円	400万円	200万円	200～20万円	3,000円 日額	640円	1,020円	2,860円	2,860円
3□	300万円	600万円	300万円	300～30万円	4,500円 日額	960円	1,530円	4,290円	4,290円
4□	400万円	800万円	400万円	400～40万円	6,000円 日額	1,280円	2,040円	5,720円	5,720円
5□	500万円	1000万円	500万円	500～50万円	7,500円 日額	1,600円	2,550円	7,150円	7,150円
6□	600万円	1200万円	600万円	600～60万円	9,000円 日額	1,920円	3,060円	8,580円	8,580円
7□	700万円	1400万円	700万円	700～70万円	10,500円 日額	2,240円	3,570円	10,010円	10,010円
8□	800万円	1600万円	800万円	800～80万円	12,000円 日額	2,560円	4,080円	11,440円	11,440円
9□	900万円	1800万円	900万円	900～90万円	13,500円 日額	2,880円	4,590円	12,870円	12,870円
10□	1000万円	2000万円	1000万円	1000～100万円	15,000円 日額	3,200円	5,100円	14,300円	14,300円
11□	1100万円	2100万円	1100万円	1000～100万円	15,000円 日額	3,370円	5,460円	15,580円	15,580円
12□	1200万円	2200万円	1200万円	1000～100万円	15,000円 日額	3,540円	5,820円	16,860円	16,860円
13□	1300万円	2300万円	1300万円	1000～100万円	15,000円 日額	3,710円	6,180円	18,140円	18,140円
14□	1400万円	2400万円	1400万円	1000～100万円	15,000円 日額	3,880円	6,540円	19,420円	19,420円
15□	1500万円	2500万円	1500万円	1000～100万円	15,000円 日額	4,050円	6,900円	20,700円	20,700円
16□	1600万円	2600万円	1600万円	1000～100万円	15,000円 日額	4,220円	7,260円	21,980円	21,980円
17□	1700万円	2700万円	1700万円	1000～100万円	15,000円 日額	4,390円	7,620円	23,260円	23,260円
18□	1800万円	2800万円	1800万円	1000～100万円	15,000円 日額	4,560円	7,980円	24,540円	24,540円
19□	1900万円	2900万円	1900万円	1000～100万円	15,000円 日額	4,730円	8,340円	25,820円	25,820円
20□	2000万円	3000万円	2000万円	1000～100万円	15,000円 日額	4,900円	8,700円	27,100円	27,100円

経営者おすすめコース						15歳～45歳	46歳～60歳	61歳～70歳	71歳以上75歳 (※)までの新規加入は5□ 500万円限度となります。 ※75歳:S23.9.2～S24.9.1生まれ
25□	2500万円	3500万円	2500万円	1000～100万円	15,000円 日額	5,750円	10,500円	33,500円	
30□	3000万円	4000万円	3000万円	1000～100万円	15,000円 日額	6,600円	12,300円	39,900円	

※不慮の事故で高度障害状態に陥られたときは、不慮の事故で障害等級第1級に陥られたときの給付金(④障害給付金)もあわせて支払われます。

▲記載の掛金は概算掛金です。実際の掛金は申込締切後に確定するため記載の掛金とは異なることがあります。掛金は毎年更新日に見直されます。

■記載の年齢は、保険年齢を使用しています。保険年齢は、更新日(2024(令和6年)年3月1日)現在の年齢を満年齢で計算し、1年未満の端数について6か月を超えるものは切り上げて、6か月以下のものは切り捨てます。

■保険料と制度運営費を合算して掛金と記載しています。制度運営費は1□あたり60円です。

■災害保障特約(③、④、⑤)については、1000万円(入院給付日額は15,000円)限度となります。当グループ共済制度に別途組合にてご加入ある場合は、その保険金額が合算されます。(例えば、組合で既に1□100万円ご加入ある場合は、9□900万円が加入限度額となります)

④ 加入日(保障開始日)と保険期間

加入日(保障開始日)	毎月1日 なお、増口・減口は3月1日および9月1日のみ
保険期間	2024(令和6年)年3月1日から2025(令和7年)年2月28日までの1年間 ※保険期間途中の加入者は、加入した日から上記保険期間末日までが初年度の保険期間となります。 ※書類の提出がない場合には、毎年更新日(保険期間末日の翌日)に自動更新されます。

⑤ 支払われる保険金など(保障の内容)

以下の保障がセットとなります。

保険金・給付金	支払対象となる場合	名称
① 死亡保険金(注1)	加入者が保険期間中に、死亡されたとき	主契約
② 高度障害保険金(注1)	加入者が保険期間中に、加入日以後の傷害または疾病によって、所定の高度障害状態(※)になられたとき	
③ 災害保険金(注2)	加入者が保険期間中に、加入日以後に発生した不慮の事故(※)による傷害を直接の原因として、その事故の日から180日以内に死亡されたとき、または加入日以後に発病した所定の感染症(※)を直接の原因として死亡されたとき	団体定期保険 災害保障特約
④ 障害給付金(注3)	加入者が保険期間中に、加入日以後に発生した不慮の事故による傷害を直接の原因として、その事故の日から180日以内に障害等級第1級～第6級(※)のいずれかになられたとき	
⑤ 入院給付金(注4)	加入者が保険期間中に、加入日以後に発生した不慮の事故による傷害を直接の原因として、その事故の日から180日以内に5日以上入院(※)を開始されたとき	

(注1)死亡保険金、高度障害保険金はいずれか一方が支払われた時点でその加入者の保障が終了します。

(注2)災害保険金は、同一の不慮の事故を原因としてすでに支払われた障害給付金があれば、その合計額を差し引いて支払われます。

(注3)障害給付金は何度でもその都度支払われますが、同一の不慮の事故または同一の保険期間において通算して災害保険金の10割をもって限度とします。

(注4)入院給付金のお支払いは、同一の不慮の事故について通算して120日(更新前の入院日数を含む)を限度とします。

(※)「高度障害状態」「不慮の事故」「感染症」「障害等級第1級～第6級」「入院」について



P9～P11 支払に関する補足説明

※上記の特約の名称について、本パンフレットの他の文中においては「団体定期保険」を省略して記載しています。

⑥ 同意確認

加入(増口)にあたり、加入対象者全員の方から、保障内容、保険金額および、組合員(=事業所・個人事業主)または、組合事務局が保険金などの受取人となることについて、同意確認(署名または記名・捺印)をいただく必要があります。

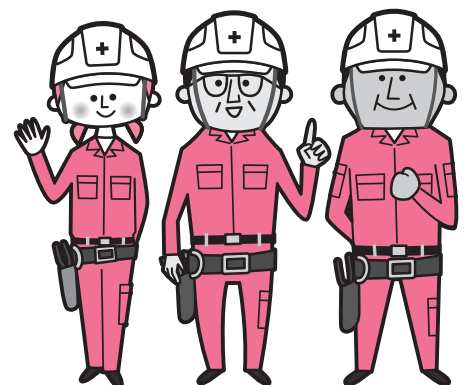


P2「②加入対象者」

⚠ 保険金などが支払われない場合がありますので、必ずご確認ください。



P7 注意喚起情報「⑤保険金などが支払われない場合について」



⑦ 保険金などの受取人および請求手続き

- 保険金等受取人は契約者(全日電工連)となりますが、契約者(全日電工連)が受取った保険金等は各道府県工組(支部・地区本部)を経由して組合員(=事業所・個人事業主)または組合事務局(事務局で加入の場合)に支払います。
- 死亡(災害)保険金の請求の際には、必ず労働基準法施行規則第42条・第43条に定める加入者の遺族の了知(署名・捺印)が必要です。また、高度障害保険金・給付金の請求の際には、必ず加入者の了知(署名・捺印)が必要です。
※労働基準法施行規則第42条・第43条に定める遺族とは、優先順位の高い順に、以下のとおりとなります。
(1)配偶者 (2)死亡当時、生計を一にしていた子、父母、孫、祖父母の順 等
- 請求の際は、各道府県工組(支部・地区本部)へご連絡ください。必要書類をご案内いたします。

⑧ 配当金

配当金は毎年団体ごとに保険期間(1年間)の収支計算を行い、剰余金が生じた場合に支払われます。
また、支払いに先立ち配当金の一部を本制度の運営に充当いたします。(充当する金額は毎年変動することがあります。)
※将来支払われる配当金は変動し、0となる可能性もあります。
※保険期間途中で脱退された場合、その脱退事由にかかわらず配当金は支払われません。

⑨ 脱退による返戻金

この制度には、加入者が脱退された場合の返戻金はありません。



詳細

P6 注意喚起情報「④この制度から脱退する場合について」

⑩ 引受保険会社

※2023(令和5年)年8月23日現在

下記の引受保険会社は、それぞれの引受割合の責任を負います。

引受保険会社(引受割合)

- ・住友生命保険相互会社(77.90%) [事務幹事会社]
 - ・大同生命保険株式会社(12.68%) ・大樹生命保険株式会社(5.01%) ・第一生命保険株式会社(4.41%)
- ※引受保険会社と引受割合は、今後変更することがあります。

⑪ 掛金の払込み

掛金は月払いですが、各道府県工組によりお払込方法が異なりますので、詳細は各道府県工組(支部・地区本部)もしくは生命保険会社あてご確認ください。
なお、2か月連続で掛金のお払込みがない場合は、未入金月の1日にさかのぼってこの制度から自動的に脱退となり、保険効力も失われますのでご注意ください。

⚠ 加入に際しての留意事項

- 「勤務実態のないご家族」や「退職して加入資格を喪失した方」など加入対象者ではない方は加入できません。
- 万一、加入者が加入対象者ではないことが判明したときには、保険金などの支払対象となる場合に該当されていても、保険金などは支払われません。
 加入対象者について P2 契約概要「②加入対象者」
- 満75歳6か月(S23.9.2～S24.9.1生まれ)を超えて継続加入される方は、増口はできません。また満70歳6か月を超える方は20口限度となります。
- なお、満70歳6か月以上の新規加入は5口500万円が限度です。

税務について

- 掛金の税務 <法人(事業主)が掛金を負担した場合>
福利厚生費として全額損金(必要経費)に算入できます。
※ただし、個人事業主が本人および事業主と生計を一にする親族にかかる掛金を負担した場合は、掛金のうち主契約の保険料(配当金がある場合は配当金を差引いた金額)が一般生命保険料控除の対象となり、所得税および住民税が軽減されます。
上記以外の掛金は生命保険料控除の対象外となります。
- 保険金の税務 <受取人が法人(事業主)の場合>
経理上いったん益金(個人事業主の場合は事業所得の収入金額)として計上し、死亡退職金・弔慰金として被保険者の遺族に支給したときその支給額を損金(必要経費)に算入します。組合員および組合事務局経由で相続人に支給された死亡退職金・弔慰金については、以下の金額まで相続税法上非課税です。超える部分は相続税が課せられます。

死亡退職金	法定相続人数×500万円
弔慰金	【業務上死亡】月収の3年分 【業務外死亡】月収の6か月分

- 給付金の税務 <受取人が法人(事業主)の場合>
いったん益金(個人事業主の場合は事業所得の収入金額)として計上し、社会通念上妥当な額を災害見舞金として被保険者に支給したとき、その支給額を損金(必要経費)に算入します。被保険者に支給された給付金は社会通念上妥当な金額については非課税です。

※記載の内容は、2022年6月現在の税制に基づいています。今後、税制の変更に伴い、税務の取扱いが変わることがあります。

※個別の税務取扱については、税理士や所轄の税務署等にご確認ください。

注意喚起情報

生命保険一般についての基本的な内容や制度などのうち、お申込みにあたって特に注意いただきたいことや不利益となることを記載しています。

※増額を申し込む場合は、本文中の‘加入’を‘増額’と読み替えてください。

① 申込み時 クーリング・オフ制度(加入申込の撤回)について

クーリング・オフ制度の対象ではありません。クーリング・オフ制度は個人を契約者とする場合に対象となります。この商品は全日電工連(法人)を契約者とする保険契約であるため、対象ではありません。

② 申込み時 告知に関する重要事項について

健康状態などについてありのままを正しくお知らせください(告知義務)

加入申込者には、現在および過去の健康状態などについて正しく告知していただく義務があります。加入申込書の「告知欄」に記入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、加入申込書の「告知事項欄」で生命保険会社がたずねることについて、過去の病歴、現在の健康状態など、事実をありのままに正しくお知らせ(告知)ください。

※告知事項に該当しない場合でも、生命保険会社が保有するお客さま情報により加入できない場合があります。

口頭で伝えられても告知いただいたことにはなりません

生命保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者など)および契約者である全日電工連の職員などには告知を受ける権限がないため、口頭でお伝えいただいただけでは告知されたことにはなりません。告知にあたっては、加入申込書の「告知事項欄」を必ずご確認ください、「告知欄」にご記入のうえご提出ください。

正しく告知されないと保険金などが支払われない場合があります

告知していただくことがらは、加入申込書の「告知事項欄」に記載されています。もし、これらについて、故意または重大な過失によって、事実を告知されなかった場合や、事実と違うことを告知された場合には、「告知義務違反」として保険金などが支払われないことがあります。

※なお、上記の場合以外にも、加入時の状況などにより保険金などが支払われない場合があります。

例えば、「現在の医療水準では治癒が困難または死亡危険の極めて高い疾患の既往症・現症などについて故意に告知をされなかった場合」など、告知義務違反の内容が特に重大なときは、詐欺による取消しを理由として保険金などが支払われないことがあります。

この場合 ・告知義務違反による解除の対象外となる1年経過後にも取消しとなる場合があります。

- ・すでにお払い込みいただいた保険料は返金されません。

③ 申込み時 責任開始期について

ご提出いただいた加入申込書に基づき引受保険会社が加入を承諾した場合、あらかじめ定められた「加入日」から契約上の保障を開始(責任開始)します。引受保険会社の職員および契約者である全日電工連の職員などには、保険への加入を承諾し、責任を開始させる権限はありません。

④ 加入後 この制度から脱退する場合について

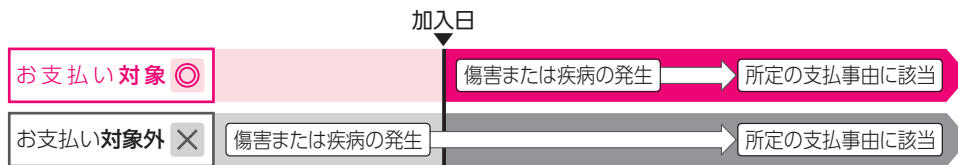
■ 加入者が死亡された場合、高度障害保険金が支払われた場合、組合脱退または退職などで加入対象者ではなくなった場合は、この制度から脱退となります。※組合脱退、退職の場合はこの保険契約からの脱退手続が必要です。脱退通知書をご提出ください。

■ 2年以上継続加入されていた加入者が所定の条件を満たし脱退する場合、脱退日から1か月以内であれば、告知や診査を省略して住友生命が指定する個人保険(養老保険)に加入できます。(保険料や保障内容などはこの制度とは異なります。)なお、脱退時の年齢等によっては、加入できない場合がありますので、検討にあたっては全日電工連担当者または8ページに記載のフリーダイヤルにお問い合わせください。

⑤ 請求時 保険金などが支払われない場合について

次のような場合には、保険金などが支払われないことがあります。
 (保険金などを途中で増額された場合は、増額部分にも適用されます。)

- 加入日(保障開始日)前の傷害または疾病を原因とする場合
 高度障害保険金等のお支払いは、所定の支払事由の原因となる傷害または疾病が加入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。



- 契約者または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
- 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などを不法に取得する目的があって、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
 ※これらの場合、すでにお払い込みいただいた保険料は返金されません。
- 契約者、加入者または保険金(給付金)受取人が、保険金など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
- 保険料の払込みがなく、保険契約が失効した場合
- 保険金などの下記免責事由に該当した場合

死亡保険金 高度障害保険金	<ul style="list-style-type: none"> ・加入日から1年以内における自殺による死亡。ただし、心神喪失またはこれと同程度の著しい精神障害があり、自己の生命を絶つ認識がなかったと認められるときには、支払われる場合があります。 ・契約者または保険金受取人の故意による死亡または高度障害 ・加入者の故意による高度障害 ・戦争その他の変乱による死亡または高度障害
その他の 保険金・給付金	<ul style="list-style-type: none"> ・加入者または契約者の故意または重大な過失によるとき ・保険金(給付金)受取人の故意または重大な過失によるとき ・加入者の犯罪行為によるとき ・加入者の精神障害の状態を原因とする事故によるとき ・加入者の泥酔の状態を原因とする事故によるとき ・加入者が法令に定める運転資格を持たないで(運転免許の効力停止中も含まれます)運転している間に生じた事故によるとき ・加入者が法令に定める酒気帯び運転またはこれに相当する運転をしている間に生じた事故によるとき ・地震、噴火、津波または戦争その他の変乱によるとき
その他事例	P11 保険金などが支払われる場合または支払われない場合の具体的な事例

⑥ 請求時 保険金・給付金をもれなく請求していただくために

- 加入者からの請求に応じて、保険金・給付金が支払われますので、保険金・給付金の支払事由が生じた場合だけでなく、支払われる可能性があると思われる場合や、ご不明な点が生じた場合等についても、全日電工連担当者またはP8に記載のフリーダイヤルにお問い合わせください。
- 保険金・給付金の支払事由が生じた場合、他の保険契約のご契約内容によっては、複数の保険金・給付金の支払事由にも該当することがありますので、ご確認ください。

⑦ 諸制度 生命保険会社が経営破綻した場合などの取扱いについて

- 生命保険会社の業務または財産の状況の変化により、加入にあたって約束された**保険金額などが削減されることがあります。**
- 引受保険会社は生命保険契約者保護機構に加入しています。生命保険契約者保護機構の会員である生命保険会社が経営破綻に陥った場合、生命保険契約者保護機構により、保険契約者保護の措置が図られることがありますが、この場合にも保険金額などが削減されることがあります。詳細については、「生命保険契約者保護機構」にお問い合わせください。

生命保険契約者保護機構

電話番号 ▶ **03-3286-2820**

受付時間 ▶ 月曜日～金曜日(祝日・年末年始を除く)午前9時～正午、午後1時～午後5時

ホームページアドレス ▶ <https://www.seihohogo.jp/>

⑧ 諸制度 生命保険協会の「生命保険相談所」について

- この商品に係る指定紛争解決機関は、一般社団法人 生命保険協会です。
- 一般社団法人 生命保険協会の「生命保険相談所」では、電話・文書(電子メール・FAXは不可)・来訪により生命保険に関するさまざまな相談・照会・苦情をお受けしています。また、全国各地に「連絡所」を設置し、電話にてお受けしています。(ホームページアドレス <https://www.seiho.or.jp/>)
- なお、生命保険相談所が苦情の申し出を受けたことを生命保険会社に連絡し、解決を依頼した後、原則として1か月を経過しても、ご契約者等と生命保険会社との間で解決がつかない場合については、指定紛争解決機関として、生命保険相談所内に裁定審査会を設け、ご契約者等の正当な利益の保護を図っています。

⑨ 諸制度 契約に関する相談・照会・苦情窓口について

この制度の手続きや加入に関する相談・照会・苦情につきましては、下記にお問い合わせください。

スミセイフリーダイヤル(団体保険契約室)

 **0120-307282**


受付時間 ▶ 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時(祝日・12月31日～1月3日を除く)

お問い合わせの際には下記証券番号・契約者名をお伝えください。

- 証券番号:528094117
- 契約者名:全日本電気工事業工業組合連合会

保険金・給付金のご請求もれはございませんか？

この商品以外にも保険金・給付金をお受け取りいただける可能性がございます。ご請求に際してはご請求もれののないよう、保障内容を十分にご確認ください！

 **詳細** P4 契約概要「⑤支払われる保険金など(保障の内容)」

詳細は下記の住友生命ホームページ『団体保険における死亡保険金・入院給付金などの手続きとお支払いガイドブック』に掲載していますので、ご参照ください。

※お支払に関するお問合せは、上記 注意喚起情報「⑨契約に関する相談・照会・苦情窓口について」に記載のフリーダイヤルにお問い合わせください。

住友生命ホームページ

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



支払に関する補足説明

P4 契約概要「⑤支払われる保険金など(保障の内容)」に記載の「高度障害状態」「不慮の事故」「感染症」「障害等級第1級～第6級」「入院」について、以下のとおり補足説明します。

● 高度障害状態【具体的事例】

1	完全な両眼の失明のほか、眼鏡やコンタクトレンズなどを用いても両眼の各視力が0.02以下の場合
2	<ul style="list-style-type: none"> ・声帯すべてをてき出した場合や音声言語による意思疎通が不可能となった場合 ・あご・歯・舌の障害等のため流動食以外のものがまったく摂取できない状態となった場合
3	<p>中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、特別な器具等を用いても(杖歩行やスプーン等を用いての食事など)下記①～⑦すべてが自分ではできず、常に他人の介護を要する場合</p> <p>①食物摂取 ②排便・排尿 ③排便・排尿の後始末 ④衣服着脱 ⑤起居 ⑥歩行 ⑦入浴</p>
4	両腕について、手首以上で切断したか、手の3大関節(肩関節・ひじ関節・手関節)がすべてまったく動かなくなった場合
5	両足について、足首以上で切断したか、足の3大関節(また関節・ひざ関節・足関節)がすべてまったく動かなくなった場合
6	片方の腕について手首以上で切断し、かつ、片方の足を足首以上で切断または片方の足の3大関節(また関節・ひざ関節・足関節)がすべてまったく動かなくなった場合
7	片方の手の3大関節(肩関節・ひじ関節・手関節)がすべてまったく動かなくなり、かつ、片方の足を足首以上で切断した場合

※高度障害状態とは「回復の見込みがない状態」であることが必要ですので、一時的に上記の状態に該当したとしても、**回復の見込みがある場合は、高度障害状態には該当しません。**

● 不慮の事故【主な例】

- 自動車・鉄道・その他道路交通機関による事故
- 航空機・水上交通機関による事故
- 医薬品・ガス等による中毒
- 火災および火焰による事故
- 墜落
- 治療上の事故および治療処置後の合併症(治療の原因が疾病によるものを除く)

● 入院【ご留意いただきたい点】

- 「入院」とは医師による治療が必要であり、かつ自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいいます。単なる覚醒・休養等を目的として診療室等にあるベッドを利用しても入院とはなりません。
- 支払対象となる入院は、治療を直接の目的として「医療法」に定める日本国内にある病院または診療所およびこれらと同等とみなされる日本国外にある医療施設において入院された場合に限ります。

● 感染症(注)

対象となる感染症は下記のをいいます。

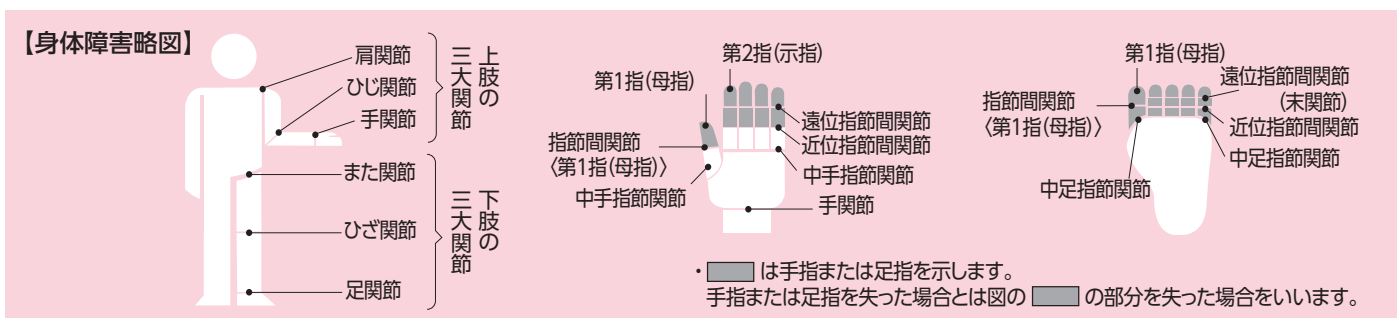
- コレラ、腸チフス、パラチフスA、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、ペスト、ジフテリア、急性灰白髄炎<ポリオ>、ラッサ熱、クリミア・コンゴ出血熱、マールブルグウイルス病、エボラウイルス病、痘瘡、重症急性呼吸器症候群[SARS](ただし、病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限ります。)
- ※平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中のもの(分類項目の内容については、厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」による)
- 新型コロナウイルス感染症
- ※病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限ります。)である感染症をいいます。

(注)感染症(新型コロナウイルス感染症含む)で死亡された場合に災害保険金のお支払い対象となります。入院給付金・障害給付金はお支払いの対象とはなりません。

● 障害等級第1級～第6級 [身体障害状態と障害給付金の給付割合]

※給付金額はP3をご覧ください。

等級	身体障害	給付割合
第1級	① 両眼の視力を全く永久に失ったもの ② 言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの ③ 中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの ④ 両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの ⑤ 両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの ⑥ 1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの ⑦ 1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの	10割
第2級	⑧ 1上肢および1下肢の用を全く永久に失ったもの ⑨ 10手指を失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの ⑩ 1肢に第3級の⑬から⑮までのいずれかの身体障害を生じ、かつ、他の1肢に第3級の⑬から⑮までまたは第4級の⑰から⑳までのいずれかの身体障害を生じたもの ⑪ 両耳の聴力を全く永久に失ったもの	7割
第3級	⑫ 1眼の視力を全く永久に失ったもの ⑬ 1上肢を手関節以上で失ったかまたは1上肢の用もしくは1上肢の3大関節中の2関節の用を全く永久に失ったもの ⑭ 1下肢を足関節以上で失ったかまたは1下肢の用もしくは1下肢の3大関節中の2関節の用を全く永久に失ったもの ⑮ 1手の5手指を失ったかまたは第1指(母指)および第2指(示指)を含んで4手指を失ったもの ⑯ 10足指を失ったもの ⑰ 脊柱に著しい奇形または運動障害を永久に残すもの	5割
第4級	⑱ 両眼の視力にそれぞれ著しい障害を永久に残すもの ⑲ 言語またはそしゃくの機能に著しい障害を永久に残すもの ⑳ 中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に日常生活動作が著しく制限されるもの ㉑ 1上肢の3大関節中の1関節の用を全く永久に失ったもの ㉒ 1下肢の3大関節中の1関節の用を全く永久に失ったもの ㉓ 1下肢が永久に5センチ以上短縮したもの ㉔ 1手の第1指(母指)および第2指(示指)を失ったかまたは第1指(母指)および第2指(示指)のうち少なくとも1手指を含んで3手指以上を失ったもの ㉕ 1手の5手指の用を全く永久に失ったかまたは第1指(母指)および第2指(示指)を含んで3手指以上の用を全く永久に失ったもの ㉖ 10足指の用を全く永久に失ったもの ㉗ 1足の5足指を失ったもの	3割
第5級	㉘ 1上肢の3大関節中の2関節の機能に著しい障害を永久に残すもの ㉙ 1下肢の3大関節中の2関節の機能に著しい障害を永久に残すもの ㉚ 1手の第1指(母指)もしくは第2指(示指)を失ったか、第1指(母指)もしくは第2指(示指)を含んで2手指を失ったかまたは第1指(母指)および第2指(示指)以外の3手指を失ったもの ㉛ 1手の第1指(母指)および第2指(示指)の用を全く永久に失ったもの ㉜ 1足の5足指の用を全く永久に失ったもの ㉝ 両耳の聴力に著しい障害を永久に残すもの ㉞ 1耳の聴力を全く永久に失ったもの ㉟ 鼻を欠損し、かつ、その機能に著しい障害を永久に残すもの ㊱ 脊柱(頸椎を除く)に運動障害を永久に残すもの	1.5割
第6級	㊲ 1上肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を永久に残すもの ㊳ 1下肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を永久に残すもの ㊴ 1下肢が永久に3センチ以上短縮したもの ㊵ 1手の第1指(母指)もしくは第2指(示指)の用を全く永久に失ったか、第1指(母指)もしくは第2指(示指)を含んで2手指以上の用を全く永久に失ったかまたは第1指(母指)および第2指(示指)以外の2手指もしくは3手指の用を全く永久に失ったもの ㊶ 1手の第1指(母指)および第2指(示指)以外の1手指または2手指を失ったもの ㊷ 1足の第1指(母指)または他の4足指を失ったもの ㊸ 1足の第1指(母指)を含んで3足指以上の用を全く永久に失ったもの	1割



<身体障害状態の補足説明>

<p>1. 眼の障害 (視力障害)</p>	<p>(1) 視力の測定は、万国式視力表により、1眼ずつ、きょう正視力について測定します。 (2) 「視力を全く永久に失ったもの」とは、視力が0.02以下になって回復の見込みのない場合をいいます。 (3) 「視力に著しい障害を永久に残すもの」とは、視力が0.06以下になって回復の見込みのない場合をいいます。 (4) 視野狭さくおよび眼瞼下垂による視力障害は視力を失ったものとはみなしません。</p>
<p>2. 言語または そしゃくの障害</p>	<p>(1) 「言語の機能を全く永久に失ったもの」とは、次の3つの場合をいいます。 ① 語音構成機能障害で、□唇音、□歯舌音、□蓋音、□頭音の4種のうち、3種以上の発音が不能となりその回復の見込みのない場合 ② 脳言語中枢の損傷による失語症で、音声言語による意思の疎通が不可能となり、その回復の見込みのない場合 ③ 声帯全部のてき出により発音が不能な場合 (2) 「そしゃくの機能を全く永久に失ったもの」とは、流動食以外のものは摂取できない状態で、その回復の見込みのない場合をいいます。</p>
<p>3. 上・下肢の障害</p>	<p>(1) 「上・下肢の用を全く永久に失ったもの」とは、完全にその運動機能を失ったものをいい、上・下肢の完全運動まひ、または上・下肢においてそれぞれ3大関節(上肢においては肩関節、ひじ関節および手関節、下肢においてはまた関節、ひざ関節および足関節)の完全強直で、回復の見込みのない場合をいいます。 (2) 「関節の用を全く永久に失ったもの」とは、関節の完全強直で、回復の見込みのない場合または人工骨頭もしくは人工関節をそう入置換した場合をいいます。 (3) 「関節の機能に著しい障害を永久に残すもの」とは、関節の運動範囲が生理的運動範囲の2分の1以下で回復の見込みのない場合をいいます。</p>

「高度障害状態」「不慮の事故」「感染症」「障害等級第1級～第6級」「入院」についての詳細は、P8に記載の住友生命ホームページ「保険金等支払関係の主な約款規定(抜粋)」にも掲載していますので、ご参照ください。

保険金などが支払われる場合または支払われない場合の具体的な事例



事例
1

高度障害保険金の支払い【高度障害状態】

高度障害保険金は、高度障害状態になられた場合に支払われます。

支払われる場合

加入後に発病した「**脊髄小脳変性症**」によって全身の機能が低下し、食物の摂取、排便・排尿・その後始末、および衣服の着脱・起居・歩行・入浴のすべてにおいて、**自力では全く不可能で、かつ回復の見込みがない**場合。

終身常に介護を要する状態に該当しますので、支払われます。

支払われない場合

「**脳梗塞**」の後遺症として半身のまひが生じ、入浴や排泄の後始末、歩行については、いずれも自力で不可能ではあるものの、**もう片方の半身は正常に動くため、食物の摂取や衣服の着脱、起居は自力で行える**場合。

終身常に介護を要する状態に該当しないため、支払われません。

事例
2

入院給付金のお支払い

入院給付金は、入院の原因が約款に定める不慮の事故に該当する場合に支払われます。

支払われる場合

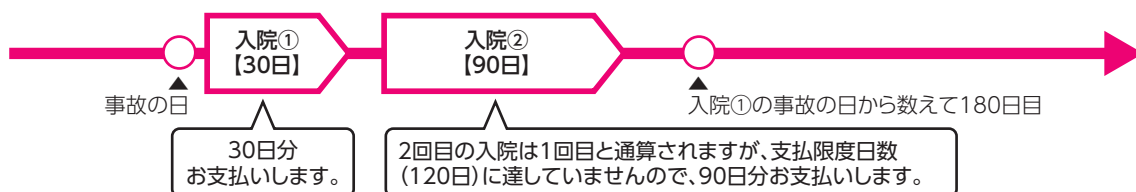
加入後に、家族でスキー旅行中に転倒、**骨折して翌日から7日間入院**した場合。

不慮の事故により**事故の日から180日以内の5日以上**の入院のため入院給付金が支払われます。

支払われる場合

入院給付金は、「事故の日から180日以内に開始」した入院について、「同一の事故について120日」を限度として支払われます。

不慮の事故によるケガで**30日間**入院し、事故の日から数えて**180日以内**に再び同じ不慮の事故を原因として**90日間**の入院を開始した場合。



記入例 全日電工連グループ共済制度「加入申込書」

- 次ページの全日電工連グループ共済制度「加入申込書」をコピーのうえ所属の道府県工組あてご提出ください。
- 新規にご加入される事業所様は、ご所属の県によって別途「預金口座振替申込書」のご提出をいただきます。
- 締切日は2ページの各種お申込手続きの締切日をご参照ください。
- 脱退される場合は別途用紙を所属の道府県工組あてご請求ください。

訂正または抹消される場合

内容を訂正または抹消される場合は二重線で抹消後、申込書に押印の事業所印を押印ください。
 ※保険金額を訂正される場合は⑩の事業所印と⑫の被保険者様の申込印(同意印)を押印ください。

ご注意事項

ボールペンで強く記入ください。
 鉛筆や消せるタイプのペンは使用できません。

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、ご加入をお申し込みいただけます。

- 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・投薬を受け、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。(実際の診察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週間以上の投薬を受けた場合

住友生命保険相互会社 行
 証券番号528094117 収納番号0000001

全日電工連グループ共済制度「加入申込書」

(契約者)全日本電気工業労働組合連合会
 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。

① 記入ください。
 申込日(告知日) 令和00年11月2日
 ② ご加入年月 令和00年12月

1. 新規加入を申し込まれる方は、加入資格のある方に限ります。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。(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。)
 2. 「被保険者同意印」欄以外には事業所印がご記入ください。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、必ず事業所印と同一の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、事業所印と同一の印および被保険者の申込印(同意印)と同一の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(「特約保険金額」を含む)される方は、申込印(同意印)を押印してください。
 4. 保険金受取人は契約者です。(保険金は、契約者を経由して事業所に支払われます。)

③ 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(コース)に沿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ましたので、契約者あてに下記のとおり申し込みます。
 事業所名 株式会社〇〇電気
 代表者名 代表取締役 住生 一郎

⑤ 所属コード
 支部No. 生保No. 事業所No.
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1

④ 職工組名 〇〇 支部 (地区本部) △△

⑥ 個人コード
 県No. 生保No. 事業所No. 加入者No.
 1 2 5 6 7 8 9 0 1 0 0 1

⑦ 被保険者名(カタカナでご記入ください)
 姓 名 スミセイ イチロウ

⑧ 性別 ⑨ 生年月日 ⑩ 主契約保険金額
 1.男 2.女 昭和62年8月2日 800万円

⑪ 告知欄 ⑫ 申込印(同意印)
 下記の告知事項に該当しますか? [すべていいえ]

A 告知事項欄

【個人情報のお取扱いについて】
 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・健康保険番号)をお取り扱いし、団体の業務(勤続者)に付随して被保険者情報を提供し、また、生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約または、団体、他の共同取扱生命保険会社および、今後、個人情報に変更等が発生した際(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、株式会社〇〇電気(以下、本契約者)に提供し、本契約者を通じて必要な業務目的の範囲で利用させていただきます。

ご記入後の控は事業所様でコピーのうえ保管ください。

ご記入後はコピーのうえ控を保管ください。

- ① この【全日電工連グループ共済制度「加入申込書」】を記入された日(告知事項を確認した日)を**和暦**でご記入ください。
- ② 2ページの各種お申込手続きの締切日を参照のうえ、ご加入年月を**和暦**でご記入ください。
- ③ 事業所名・代表者名をご記入のうえ、事業所印を押印ください。
- ④ ご所属の各道府県名・支部名をご記入ください。
- ⑤ 新規の事業所様は道府県工組で記入いたします。
- ⑥ 追加の事業所様は被保険者名簿をご確認のうえご記入ください。
- ⑦ **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。
- ⑧ 性別を○で囲んでください。
- ⑨ 生年月日を**和暦**でご記入ください。
- ⑩ 主契約保険金額を3ページの【加入口数と掛金】からお選びいただきご記入ください。
- ⑪ 加入申込書の**A告知事項欄**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【すべていいえ】を○で囲んでください。
- ⑫ ⑩でご記入いただいた保険金額を被保険者様で確認のうえご本人の申込印(同意印)を必ず押印ください。

全日電工連グループ共済制度「加入申込書」

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。

必ずご記入ください。

申込日(告知日)	ご加入年月
(和暦)	(和暦)
年 月 日	年 月
所属コード	
県No. 支部No. 生保No. 事業所No.	

締切日をご確認
のうえ、ご記入く
ださい。

- 新規加入を申し込みされる方は、加入資格のある方に限ります。
ご契約者は、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、「加入申込書等送り状」にてご連絡ください。(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。)
- 「被保険者同意印」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ときは、
＝(二重線)を引いて、必ず事業所印と同一の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ときは、事業所印と同一の印および被保険者の申込印(同意印)と同一の印を押印してください。
- 「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(「特約保険金額」を含む)される方は、申込印(同意印)を押印してください。
- 保険金受取人は契約者です。(保険金は、契約者を經由して事業所に支払われます。)

事業所名	支店 (地区本部)
代表者名	印
道府県工組名	

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「同意」します。→

個人コード		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	告知欄	申込印 (同意印)
県No.	生保No.	事業所No.	加入者No.					
				1. 男	年 月 日	万円	下記の告知事項 に該当しますか。	
				2. 女	年 月 日	万円	すべていいえ	
				1. 男	年 月 日	万円	下記の告知事項 に該当しますか。	
				2. 女	年 月 日	万円	すべていいえ	
				1. 男	年 月 日	万円	下記の告知事項 に該当しますか。	
				2. 女	年 月 日	万円	すべていいえ	

取扱い会社使用欄		
生保	(コード)	
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	インプリント	受付印

告知事項

ご加入をお申し込みいただく方全員の健康状態について、下記の告知事項のすべてに該当しない場合のみご加入をお申し込みいただけます。下記の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、上記の告知欄の「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」として保険金や給付金のお支払いができません。

- A 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 申込日(告知日)から過去1年以内に、別表の病気で、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がありますか。

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 ^{※1}
脳・精神・神経	脳卒中(脳出血・脳こうそく・も膜下出血)・てんかん・うつ病・双極性障害(躁うつ病)・睡眠障害・自律神経失調症・パニック障害・不安障害・不眠症・統合失調症・心因反応・適応障害・知的障がい・発達障がい・認知症
肺・気管支	慢性気管支炎・気管支拡張症・肺気腫・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
目	網膜色素変性症
がん・しゅよう	がん ^{※2} ・肉腫・白血球・悪性しゅよう
右記の病気	糖尿病 ^{※3} ・リウマチ・こげん病・紫斑病

【個人情報のお取扱いについて】

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、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。

ご記入後はコピーのうえ控を保管ください。

組合使用欄

青年部
女性部

記入例 全日電工連グループ共済制度「増減額兼変更申込書」

- 次ページの全日電工連グループ共済制度「増減額兼変更申込書」をコピーのうえ所属の道府県工組あてご提出ください。
- 締切日は2ページの各種お申込手続きの締切日をご参照ください。
- 脱退される場合は別途用紙を所属の道府県工組あてご請求ください。

訂正または抹消される場合

内容を訂正または抹消される場合は二重線で抹消後、申込書に押印の事業所印を押印ください。
 ※保険金額を訂正される場合は④の事業所印と⑩の被保険者様の申込印(同意印)を押印ください。

ご注意事項

ボールペンで強く記入ください。
 鉛筆や消せるタイプのペンは使用できません。

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。

- 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・投薬を受け、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。(実際の診察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

住友生命保険相互会社 行
 証券番号528094117 収納番号0000001

全日電工連グループ共済制度「増減額兼変更申込書」

(契約者)全日本電気工業労働組合連合会
 以下のとおり、被保険者内容の変更を申し込みます。

① 記入ください。

② 変更年月
 (和暦) 令和00年 12月 5日

④ (現在の)所属コード
 県No. 支部No. 生保No. 事業所No.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

③ 代表者名
 株式会社〇〇電気
 代表取締役 住生 一郎

⑤ 保険金額変更				⑥ 被保険者名(カタカナでご記入ください)		⑦ (旧)主契約保険金額	⑧ (新)主契約保険金額	⑨ 告知欄	⑩ 押印(同意印)
個人コード	被保険者名		保険金額	告知事項に該当しますか					
県No.	生保No.	事業所No.	加入者No.	姓	名	万円	万円	すべていいえ	住生
0 1 4 5 6 7 8 9 0	0 0 1	スミセイ	イチロウ	800	1000	万円	万円	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		姓	名	万円	万円			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		姓	名	万円	万円			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A 告知事項欄

⑪ 変更箇所のみご記入ください

(旧)個人コード
 県No. 生保No. 事業所No. 加入者No.
 0 1 4 5 6 7 8 9 0 0 0 1

(旧)被保険者名(カタカナでご記入ください)
 姓 名
 スミセイ イチロウ

⑫ 個人コード変更

(新)個人コード
 県No. 支部No. 生保No. 加入者No.
 0 1 4 5 6 7 8 9 0 0 0 1

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

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)
 姓 名
 スミトモ イチロウ

ご記入後の控は事業所様でコピーのうえ保管ください。

受領した個人情報を、各種保険契約の引受けに上記目的の範囲内で提供します。なお、
法人サービス室 2022.9 発行

共通

- ① この【全日電工連グループ共済制度「増減額兼変更申込書」】を記入された日(告知事項を確認した日)を**和暦**でご記入ください。
- ② 2ページの各種お申込手続きの締切日を参照のうえご変更年月を**和暦**でご記入ください。
- ③ 事業所名・代表者名をご記入のうえ、事業所印を押印ください。
- ④ ⑤ 被保険者名簿をご確認のうえご記入ください。
- ⑥ **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。

保険金額変更

- ⑦ 現在の主契約保険金額をご記入ください。
- ⑧ 変更後の主契約保険金額を3ページの【加入口数と掛金】からお選びいただきご記入ください。
- ⑨ 増額の場合は増減額兼変更申込書の **A告知事項欄** 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【すべていいえ】を○で囲んでください。
- ⑩ ⑧でご記入いただいた保険金額を被保険者様で確認のうえご本人の申込印(同意印)を必ず押印ください。

属性変更

- ⑪ 被保険者名簿をご確認のうえ、ご記入ください。
- ⑫ 変更箇所のみご記入ください。

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。

(和暦)	申込日(告知日)
年 月 日	年 月 日

(和暦)	変更年月
年 月	年 月

(現在の)所属コード	
県No.	支部No.
生保No.	事業所No.

事業所名
代表者名

1. 保険金額変更

下記保険金額への変更に同意します。→

個人コード		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	告知欄	申込印 (同意印)
県No.	生保No.	事業所No.	加入者No.	姓	名	下記の告知事項 に該当しますか。 すべていえ	<input type="checkbox"/>
				姓	名	下記の告知事項 に該当しますか。 すべていえ	<input type="checkbox"/>
				姓	名	下記の告知事項 に該当しますか。 すべていえ	<input type="checkbox"/>

取扱会社使用欄	生保 (コード)
	支社 (コード)
	支部 (コード)
	担当者 (コード)
点検印	住友生命使用欄
	インプリント
	受付印

告知事項

増額をお申し込みいただく方全員のご健康状態について、下記の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。下記の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、上記の告知欄の「すべていえ」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」として保険金や給付金のお支払いがされないことがあります。

A 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 申込日(告知日)から過去1年以内に、別表の病気で、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がありますか。

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^{※1}
脳・精神・神経 脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・てんかん・うつ病・双極性障害(躁うつ病)・睡眠障害(不眠症)・自律神経失調症・パニック障害(不安障害)・不安障害(不安障害)・神経症・統合失調症・心因性・適応障害(い)・知的障害(い)・認知症
肺・気管支 慢性気管支炎・気管支拡張症・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・肝機能障害(い)・すい炎

腎臓 腎炎・ネフローゼ・腎不全・のう胞腎・人工透析

目 網膜色素変性症

がん・しゅよう がん^{※2}・肉腫・白血病・悪性しゅよう右記の病気を 糖尿病^{※3}・リウマチ・ごうげん病・紫斑病

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

※2 がんには、上皮内がん、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、子宮頸部・膈部・外陰部の高度異形成、カルチノイド、悪性GI

ST(消化管間質腫瘍)、ポリープ病、バジレット病を含みます。

※3 糖尿病については、インスリンを使用し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。

2. 属性変更 変更箇所のみご記入ください

(旧)個人コード	
県No.	事業所No.
生保No.	加入者No.

(新)個人コード	
県No.	事業所No.
生保No.	加入者No.

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

②所属コード変更	
県No.	支部No.
生保No.	事業所No.

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)	名
姓	

(旧)被保険者名(カタカナでご記入ください)	名
姓	

【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、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(簡連会社・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は使用いたしません。また、今後、個人情報に改訂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。

ご記入後はコピーのうえ控を保管ください。