

# 所得補償保険

病気やケガで働けなくなった場合、就業不能中の所得(収入)を補償します！

- 聖医会団体制度により**5%**の団体割引！
- **月額250万円**まで加入OK！ **NEW** ▪ **満68歳**まで加入OK！
- **無事故の場合保険料の20%**を返れい！  
(中途脱退の場合、返れい金はありません。)

## 月払保険料

※ 保険料は、保険始期日(中途加入日)時点の満年齢によります。年齢は、保険期間の初日現在(中途加入の場合は中途加入日時点)の満年齢とします。ご契約更新時は、更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。年齢区分が変更になると、保険料が変更になります。

## 入院のみ支払対象外期間0日プラン

■ 保険期間 1年 ■ 職種級別 1級 (医師) ■ 団体割引 5%  
■ 対象期間 2年 ■ 支払対象外期間 7日間(入院のみ支払対象外期間 0日)

タイプおよび 月額補償額	イ	ロ	ハ	ニ	ホ	ヘ
満年齢	250万円	200万円	150万円	100万円	50万円	30万円
20歳～24歳	—	—	—	13,100円	6,550円	3,930円
25歳～29歳	—	—	22,500円	15,000円	7,500円	4,500円
30歳～34歳	45,750円	36,600円	27,450円	18,300円	9,150円	5,490円
35歳～39歳	59,000円	47,200円	35,400円	23,600円	11,800円	7,080円
40歳～44歳	76,000円	60,800円	45,600円	30,400円	15,200円	9,120円
45歳～49歳	93,000円	74,400円	55,800円	37,200円	18,600円	11,160円
50歳～54歳	108,250円	86,600円	64,950円	43,300円	21,650円	12,990円
55歳～59歳	116,500円	93,200円	69,900円	46,600円	23,300円	13,980円
60歳～68歳	121,500円	97,200円	72,900円	48,600円	24,300円	14,580円

## 支払対象外期間7日間プラン

■ 保険期間 1年 ■ 職種級別 1級 (医師) ■ 団体割引 5%  
■ 対象期間 2年 ■ 支払対象外期間 7日間

タイプおよび 月額補償額	A	B	C	D	E	F
満年齢	250万円	200万円	150万円	100万円	50万円	30万円
20歳～24歳	—	—	—	10,600円	5,300円	3,180円
25歳～29歳	—	—	18,300円	12,200円	6,100円	3,660円
30歳～34歳	38,500円	30,800円	23,100円	15,400円	7,700円	4,620円
35歳～39歳	49,750円	39,800円	29,850円	19,900円	9,950円	5,970円
40歳～44歳	64,250円	51,400円	38,550円	25,700円	12,850円	7,710円
45歳～49歳	78,250円	62,600円	46,950円	31,300円	15,650円	9,390円
50歳～54歳	92,500円	74,000円	55,500円	37,000円	18,500円	11,100円
55歳～59歳	99,500円	79,600円	59,700円	39,800円	19,900円	11,940円
60歳～68歳	105,250円	84,200円	63,150円	42,100円	21,050円	12,630円

本チラシは、概要の説明です。詳しい内容については、パンフレット(医師総合補償制度のご案内)をご覧ください。

→ **パンフレットはこちら**

- 〈 取扱代理店 〉 聖友インシュアランスアンドリース株式会社  
〒216-0015 川崎市宮前区菅生2-21-5  
TEL 044-975-4871 FAX 044-975-4873
- 〈 引受保険会社 〉 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 横浜支店営業第一課

保険料控除: 所得補償保険は、介護医療保険料控除の対象となります。(2018年12月現在)

(SJNK18-15144 2019.02.06)

**聖医会会員医師総合補償制度「加入依頼書」**

私は、聖医会会員・医師総合補償制度に加入したく、下記記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ依頼いたします。なお保険料はみずほファクター（株）により、聖医会口座からの引落としになることを承諾いたします。申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン日本興亜のホームページ（<http://www.sjnk.co.jp>）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日	平成	年	月	日	
フリガナ					性別
被保険者本人署名					男・女
生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳
フリガナ					
〒（ - ）					TEL（ - - ）
住所					
勤務先名				所属	
勤務先住所	〒（ - ）				TEL（ - - ）

加入希望日：平成 年 月 日（※ 加入希望日までに下記振込先までご入金下さい。）

**【振込先】みずほ銀行 向ヶ丘支店 普通口座 2370990 聖医会保険口**

※ ご加入を希望する保険の種類（①～③）、加入タイプをすべてご選択下さい。

① 勤務医師賠償責任保険（パンフレットP. 1～2をご覧ください。）

⇒ 加入タイプ

I型(40,660円)

II型(51,570円)

② 所得補償保険（パンフレットP. 3～4をご覧ください。）

⇒ 加入タイプ

A

B

C

D

E

F

イ

ロ

ハ

ニ

ホ

ヘ

※ 所得補償保険にご加入される方は、健康告知書のご記入・署名・捺印も必要となります。

③ 産業医・学校医 嘱託医活動賠償責任保険（パンフレットP. 5～6をご覧ください。）

**【 個人情報の取扱いについて 】**

- 保険契約者（団体）は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパン日本興亜に提供します。損保ジャパン日本興亜は、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等当社の取り扱い商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、業務委託先、再保険会社、等に提供を行います。なお、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）については、保険業法施行規則により**限定された目的以外の利用はしません**。詳細につきましては、損保ジャパン日本興亜のホームページ（<http://www.sjnk.co.jp>）に掲載の個人情報保護宣言をご覧ください。取扱代理店または損保ジャパン日本興亜営業店までお問い合わせ願います。
- 保険契約者（団体）は、本契約に関する個人情報を聖医会のデータ整備にも活用させていただきます。不同意の場合はお手数ですが、その旨ご連絡いただきますようお願い申し上げます。申込人（加入者）および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意の上ご加入ください。

- 取扱代理店 **聖友インシュアランスアンドリース株式会社**  
〒216-0015 川崎市宮前区菅生2-21-5 TEL：044-975-4871 FAX：044-975-4873 内)4254
- 引受保険会社 **損害保険ジャパン日本興亜株式会社 横浜支店営業一課**  
〒231-0007 横浜市中区弁天通5-70 TEL：045-661-2713