

がんは倍額

加入年齢は満60歳～満75歳

満85歳
まで保障!

病気・ケガの入院保障

シニアのための医療保障「シニアガード」

生命医療共済(シニア選択緩和型)



☑ **治療中・投薬中の方でも!!**
加入しやすい簡単な健康告知

- ☑ **病気・ケガ**による入院保障
- ☑ 掛金は年齢・性別に関係なく
一律3,200円(月額)
- ☑ **がん**による入院は**倍額保障**
がん先進医療も保障
- ☑ **満85歳**まで保障
加入年齢は**満60歳**から**満75歳**

「年間30万人以上の国民が、がんで亡くなっています。また、生涯のうち**がんにかか**る可能性は、**男性の2人に1人、女性の3人に1人**と推測されています。」

厚生労働省 健康局総務課 がん対策推進室

神奈川県福祉共済協同組合代理店

神奈川県福祉共済協同組合

〒231-8323 横浜市中区元浜町4-32

TEL. **045-228-0774**(代表)

FAX. **045-228-0779**

業務代行：一般財団法人 神奈川県経営者福祉振興財団

🔴 2人に1人はがんにかかる?!といわれる時代!!

🔴 厚生労働省の平成26年患者調査によると、
病気やケガで入院した場合の平均在院日数(入院日数)は、**31.9日**。

🔴 がんの進行具合や治療方法によって、治療(入院)期間や費用は異なりますが、
平均入院日数は**約20日**、治療費はおおよそ**20万円~30万円**(3割自己負担の場合)
といわれています。

保障内容

加入年齢：満60歳~満75歳 [保障年齢区分は、被共済者が満65歳または満75歳の誕生日を迎えた場合、その翌月1日をもって第2区分または第3区分に移行します。]

共済掛金月額

3,200円

共済金の種類		保障年齢区分	第1区分 (満60歳~満64歳)	第2区分 (満65歳~満74歳)	第3区分 (満75歳~満85歳)
がんによる 入院給付金	1日目から6日目までの 初期入院		日額 10,000円	日額 8,000円	日額 5,000円
	7日目以降の 継続入院		日額 7,000円	日額 4,000円	日額 3,000円
がん先進医療給付金(実費給付)			最高 300万円	最高 200万円	最高 100万円
病気(がん以外)・ケガ による 入院給付金	1日目から6日目までの 初期入院		日額 5,000円	日額 4,000円	日額 2,500円
	7日目以降の 継続入院		日額 3,500円	日額 2,000円	日額 1,500円
死亡弔慰金			10万円	5万円	3万円

(注1) 共済期間1年目(初年度)のご契約には、次の制限があります。

- ・保障開始日から180日目までに開始したがん入院およびがん先進医療については、共済金のお支払い対象となりません。
- ・保障開始日から180日目までに入院または死亡された場合は、支払共済金は半額となります。

(注2) 入院給付金は、1回の入院につき50日分(満75歳以上は30日分)が限度となります。

このご案内は、生命医療共済(シニア選択緩和型)の概要のみを記載しております。お申込みに際しましては、必ず資料をご請求のうえ、パンフレット及び重要事項説明書の記載内容をご確認ください。なお、この共済制度は神奈川県福祉共済協同組合(当組合)の組合員が契約者となります。組合員でない事業所は、生命医療共済(シニア選択緩和型)のご契約に際して当組合へご加入いただくことになります。この場合、共済掛金とは別に出资额1口100円以上(払込みは組合加入時のみ)が必要になります。

まずは資料請求を!

[個人情報の取扱い]

資料請求等でお知らせいただいた個人情報は、その重要性を認識し、これを適正に取り扱うものとし、当組合からの共済制度に関する情報提供のみに利用させていただきます。詳細につきましては、当組合「個人情報の取扱い」<http://www.fukushikyosai.or.jp/kojin-t.html> をご参照ください。

このハガキで資料請求を!
または、

FAX **045-228-0779**

WEB
<http://www.fukushikyosai.or.jp/>

からでも受付!!

お問合せ

神奈川県福祉共済協同組合

〒231-8323 横浜市中区元浜町4-32

TEL. **045-228-0774** (代表)

<http://www.fukushikyosai.or.jp/>

業務代行：一般財団法人 神奈川県経営者福祉振興財団
神奈川県福祉共済協同組合は、一般財団法人神奈川県経営者福祉振興財団に共済契約の取扱いに関する各種業務(共済契約の管理、掛金等の収納、異動・解約処理、共済金支払事務等)を委託しています。

郵便ハガキ

2318749

横浜市中区元浜町4-32

神奈川県福祉共済協同組合 行



料金受取人私郵便

横浜港局
承認
2186

差出有効期間
平成30年8月
31日まで

【切手を貼らずに
お出しください】

資料請求用 シニアガードの資料を請求します。

フリガナ	事業所名	ご担当者名()
〒	ご住所	
お電話		
この資料をどちらで入手されましたか? [名称] <input type="checkbox"/> 商工会議所 <input type="checkbox"/> 商工会 <input type="checkbox"/> 青色申告会 <input type="checkbox"/> その他の団体・企業		

[個人情報の取扱い]に同意のうえ、資料請求いたします。