

一般社団法人みどり青色申告会の会員の皆様へ

事業主と従業員を災害から守る

“**傷害補償共済Ⅱ**”のご案内

**傷害補償
共済Ⅱ**

傷害補償共済Ⅱ基本コース

月々 **1,500** 円

(月額掛金・1加入者)

安心入院特約

500 円

(月額掛金・1加入者)

☑ 政府労災保険の認定とは関係なく共済金をお支払いします!!

☑ 仕事中のケガも日常生活のケガも。365日24時間安心保障!!

☑ ケガの通院・入院が1日目から保障されます。



【保障内容】

傷害補償共済Ⅱ基本コース

安心入院特約

入院共済金 日額 **5,000** 円

通院共済金 日額 **2,000** 円

死亡共済金 **1,000** 万円

後遺障害共済金 (第1級～第14級) **2,000** 万円～**30** 万円

長期入院見舞金

手術共済金

死亡弔慰金

往診共済金

安心入院特約を付帯すれば入院保障がさらに充実!

★入院共済金が**倍額保障**になります。

★入院保障期間が**500日**に**延長**されます。

お支払例 (安心入院特約加入者の場合)

自宅階段にて転倒し、骨折!

右足骨折⇒入院30日/退院後、通院10回

■入院共済金	30日×10,000円=	300,000円
■長期入院見舞金		30,000円
■手術共済金		50,000円
■通院共済金	10日×2,000円=	20,000円

合計 **400,000** 円

- ご契約に際しては、神奈川県福祉共済協同組合の組員登録(組合加入・出資)が必要となりますので、予めご了承ください。
- ご加入できる年齢: 申込日現在満70歳までの方となります ■終期: 満75歳となります
- 日常生活中/安全な仕事での事故・ケガに対してお支払いする共済金額を表示しております。

このご案内は、傷害補償共済Ⅱ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上、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。

資料のご請求先

- 事業所名: _____ ●業種: _____
- ご担当者: _____ 様 ●従業員数: _____ 名 ●電話: _____
- 住所: _____

一般社団法人
みどり青色申告会
神奈川県福祉共済協同組合代理店

FAX

FAX : 045-989-5022

TEL : 045-989-5011

当会は、個人情報の重要性を認識し、これを適正に取り扱うものとし、本書にてご提供いただいた個人情報は、神奈川県福祉共済協同組合から委託を受けて行う共済募集等業務の遂行に必要な範囲内でのみ利用させていただきます。