― 要　保　管 ―

各種手続き用紙及び記入例が掲載されています

令和6年度

日本税協連福祉会 事務の手引き

生命共済制度「優Youプラン」・3大疾病保障共済制度・医療保障共済制度

～加入･各種変更及び保険金請求手続き方法について～

団 体 名 ：日 本 税 協 連 福 祉 会

事務委託：日本税理士協同組合連合会

手続き内容に関するご照会･書類のご提出先

日本税協連福祉会事務局
〒141-0032 東京都品川区大崎1-11-8 日本税理士会館4階
TEL 03-5740-0920　FAX 03-5740-0921

＜受託生命保険会社＞作成時点		
商品	事務幹事会社	引受保険会社
生命共済制度「優Youプラン」	住友生命保険相互会社	日本生命保険相互会社･ジブラルタ生命保険株式会社･大同生命保険株式会社 明治安田生命保険相互会社･富国生命保険相互会社･第一生命保険株式会社
3大疾病保障共済制度	住友生命保険相互会社	
医療保障共済制度	住友生命保険相互会社	日本生命保険相互会社･ジブラルタ生命保険株式会社 富国生命保険相互会社･第一生命保険株式会社

令和6年1月作成

この度は日本税協連福祉会の保険にご加入いただき、ありがとうございました。
お申し込み後、ご加入内容に変更が生じた場合は、お手数ながらその都度手続きをおとりくださいますようお願いいたします。

＜次のような場合変更手続きが必要となります＞

◎職員を新規に採用した場合

◎ご加入者が退職した場合

◎ご加入者が亡くなられた場合

◎ご加入者の氏名に変更や訂正があった場合

◎会員事務所名が変更となる場合

◎掛金の振替口座を変更する場合　　等

詳しい手続き方法・書類ご提出の締切・書類の記入要領等は

次ページ以降をご確認の上、お手続きしてください。

手続き内容に関するご照会・手続き書類のご提出・請求書類のご請求は下記のとおりです。
なお、お手続きに際しましては、次ページ以降の書類提出締切日を十分ご確認の上、お手続きいただきますようお願いいたします。
（書類提出締切日以降に受け付けた書類については、お申し出の変更年月にて手続きできない場合がございます。）

日本税協連福祉会事務局
〒141－0032　東京都品川区大崎1－11－8　日本税理士会館4階　TEL　03－5740－0920
FAX　03－5740－0921

住友生命保険相互会社　法人サービス室
〒160－0023　東京都新宿区西新宿6－14－1　新宿グリーンタワービル25階　TEL　0120－357－224

【帳票はコピーのうえ、ご使用ください】

<目次>

＜生命共済制度「優Youプラン」＞ …… 1ページ
加入手続き …… 1ページ
【帳票】生命共済制度　加入申込書（会社掛） …… 2ページ
脱退の手続き …… 3ページ
【帳票】生命共済制度　脱退通知書 …… 4ページ
保険金額の変更手続き …… 5ページ
【帳票】生命共済制度　保険金額変更申込書 …… 6ページ
ご加入者の事項に関する諸変更手続き …… 7ページ
【帳票】生命共済制度　変更通知書 …… 8ページ
保険金のご請求 …… 9ページ
＜3大疾病保障共済制度＞ …… 11ページ
加入手続き …… 12ページ
【帳票】3大疾病保障共済制度　加入申込書〈個人型〉 …… 13ページ
脱退の手続き …… 14ページ
【帳票】3大疾病保障共済制度　脱退通知書〈個人型〉 …… 15ページ
脱退時のご説明文書（保険金のお支払事由に該当されていないかご確認ください） …… 16ページ
保険金額の変更手続き …… 17ページ
【帳票】3大疾病保障共済制度　保険金額変更申込書〈個人型〉 …… 18ページ
ご加入者の事項に関する諸変更手続き …… 19ページ
【帳票】3大疾病保障共済制度　変更通知書〈個人型〉 …… 20ページ
保険金のご請求 …… 21ページ
＜医療保障共済制度＞ …… 22ページ
加入手続き …… 23ページ
【帳票】医療保障保険（団体型）　加入申込書〈任意加入型〉 …… 24ページ
脱退の手続き …… 25ページ
【帳票】医療保障保険（団体型）　脱退通知書 …… 26ページ
ご加入者の事項に関する諸変更手続き …… 27ページ
【帳票】医療保障保険（団体型）　変更通知書 …… 28ページ
死亡保険金・入院給付金のご請求 …… 29ページ
＜掛金の振替＞ …… 30ページ
＜保険年齢早見表＞ …… 31ページ
＜会員事務所登録事項の変更手続きについて・その他ご留意いただく点＞ …… 10ページ

加入手続き

加入申込書はP.２の用紙をコピーの上ご使用ください。

○毎月１日付にて、採用等による中途加入のお手続きが可能です。
○加入月の前月１０日迄に、日本税協連福祉会事務局に書類が到着するようにお手続きください。
５月（更新月）の締切日は、令和6年3月31日です。

加入申込書の記入要領

・下記の記入要領をご参照のうえ、楷書でもれなくご記入ください。
・加入にあたり、ご加入者の同意をいただき、被保険者自署欄に漢字フルネームで署名いただいてください。
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
　但し、主契約保険金額訂正の場合は、**事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
・所属コードは送付しております被保険者名簿にてご確認の上、転記ください。

①申込日（告知日） 実際に申込書を記入した日（告知事項を確認した日）をご記入ください。

②加入年月 毎月10日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日加入です。

③会員事業所名・代表者名・事務担当者名 必ずご記入ください。

④所属コード 被保険者名簿より転記ください。

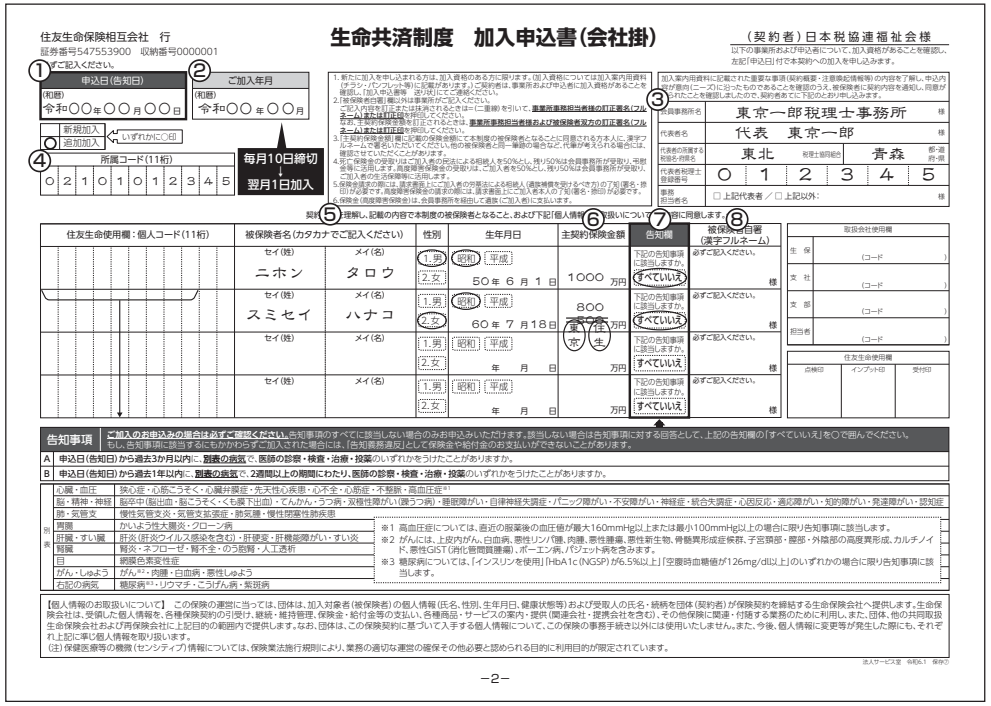
⑤被保険者名 カタカナでご記入ください。
※「エ・コ・ユ」「シ・ツ」「ア・マ」「ク・ワ」「ソ・リ・ン」は、わかりやすくご記入ください。

⑥主契約保険金額 パンフレットをご参照のうえ、ご記入ください。

⑦告知欄 ご加入のお申込みの場合は必ずご確認ください。
一旦加入いただければ、その後告知事項に該当しても同額もしくはそれ以下の保険金額で継続加入いただけます。
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。
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告知欄の すべていいえ を○で囲んでください。

⑧被保険者自署 被保険者となることに同意される方本人に、漢字フルネームで署名いただいてください。
他の被保険者と同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。

加入申込書ご記入例

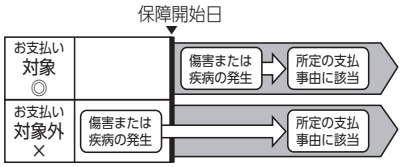

住友生命保険相互会社　行
証券番号547553900　収納番号0000001
生命共済制度　加入申込書（会社掛）
（契約者）日本税協連福祉会様
以下の事業所および申込者について、加入資格があることを確認し、左記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。
①申込日（告知日）（和暦）令和○○年○○月○○日
②ご加入年月（和暦）令和○○年○○月
新規加入 追加加入 いずれかに○印
④所属コード（11桁）0 2 1 0 1 0 1 2 3 4 5
毎月10日締切 翌月1日加入
③会員事務所名 東京一郎税理士事務所 様
代表者名 代表　東京一郎 様
代表者の所属する税務名 東北 税理士協同組合 青森 都道府県
代表者税理士登録番号 0 1 2 3 4 5
事務担当者名 □上記代表者／□上記以外： 様
⑤契約者の管理解し、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」の取扱いについて、ご同意に同意します。
⑥
⑦
⑧
住友生命使用欄：個人コード（11桁）
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
被保険者自署（漢字フルネーム）
セイ（姓） ニホン　メイ（名） タロウ　1.男 2.女　昭和 平成 50年6月1日　1000万円　下記の告知事項に該当しますか。すべていいえ　必ずご記入ください。様
セイ（姓） スミセイ　メイ（名） ハナコ　1.男 2.女　昭和 平成 60年7月18日　800万円　東京 住生　下記の告知事項に該当しますか。すべていいえ　必ずご記入ください。様
セイ（姓）　メイ（名）　1.男 2.女　昭和 平成 年 月 日　万円　下記の告知事項に該当しますか。すべていいえ　必ずご記入ください。様
セイ（姓）　メイ（名）　1.男 2.女　昭和 平成 年 月 日　万円　下記の告知事項に該当しますか。すべていいえ　必ずご記入ください。様
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）
住友生命使用欄
点検印　インプット印　受付印
告知事項　ご加入のお申込みの場合は必ずご確認ください。告知事項のすべてに該当しない場合のみお申込みいただけます。該当しない場合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。
別表
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・双極性障がい（躁うつ病）・睡眠障がい・自律神経失調症・パニック障がい・不安障がい・神経症・統合失調症・心因反応・適応障がい・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・白血病・悪性しゅよう
右記の病気　糖尿病※3・リウマチ・こうげん病・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以上または最小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・腥部・外陰部の高度異形成、カルチノイド、悪性GIST（消化管間質腫瘍）、ポーエン病、パジェット病を含みます。
※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「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。
【個人情報のお取扱いについて】 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、受領した個人情報を、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に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。
法人サービス室　令和6.1　保存①
−2−

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。
以下をご確認のうえ、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告知欄の すべていいえ を○で囲んでください。
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」には含みません。
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・投薬をうけ、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。（実際の診療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

高度障害保険金等をお支払いできない場合

高度障害保険金のお支払いは、所定の支払事由の原因となる傷害または疾病が保障開始日以後に生じた場合に限ります。原因となる傷害または疾病が保障開始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。



住友生命保険相互会社　行
証券番号547553900　収納番号0000001
必ずご記入ください。

生命共済制度　加入申込書（会社掛）

（契約者）日本税協連福祉会様

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。

申込日（告知日）	ご加入年月
（和暦）　年　月　日	（和暦）　年　月

	新規加入
	追加加入

いずれかに○印

所属コード（11桁）

毎月10日締切 ↓ 翌月1日加入

1. 新たに加入を申し込まれる方は、加入資格のある方に限ります。（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。）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。
2. 「被保険者自署」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、**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**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、**事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名（フルネーム）または訂正印**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される方本人に、漢字フルネームで署名いただいてください。他の被保険者と同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。
4. 死亡保険金の受取りはご加入者の民法による相続人を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、弔慰金等に活用します。高度障害保険金の受取りは、ご加入者を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、ご加入者の生活保障等に活用します。
5. 保険金請求の際には、請求書面上にご加入者の労基法による相続人（遺族補償を受けるべき方）の了知（署名・捺印）が必要です。高度障害保険金の請求の際には、請求書面上にご加入者本人の了知（署名・捺印）が必要です。
6. 保険金（高度障害保険金）は、会員事務所を経由して遺族（ご加入者）に支払います。

加入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（ニーズ）に沿ったものであることを確認のうえ、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。

会員事務所名	様		
代表者名	様		
代表者の所属する税協名・府県名	税理士協同組合	都・道府・県	
代表者税理士登録番号			
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様		

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」の内容に同意します。

住友生命使用欄：個人コード（11桁）	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	被保険者自署（漢字フルネーム）
	セイ（姓）	メイ（名）	1.男 2.女	昭和 平成　年　月　日	万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	必ずご記入ください。　様
	セイ（姓）	メイ（名）	1.男 2.女	昭和 平成　年　月　日	万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	必ずご記入ください。　様
	セイ（姓）	メイ（名）	1.男 2.女	昭和 平成　年　月　日	万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	必ずご記入ください。　様
	セイ（姓）	メイ（名）	1.男 2.女	昭和 平成　年　月　日	万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	必ずご記入ください。　様

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　）

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

告知事項

ご加入のお申込みの場合は必ずご確認ください。告知事項のすべてに該当しない場合のみお申込みいただけます。該当しない場合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。

別表		
	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・双極性障がい（躁うつ病）・睡眠障がい・自律神経失調症・パニック障がい・不安障がい・神経症・統合失調症・心因反応・適応障がい・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・白血病・悪性しゅよう
	右記の病気	糖尿病※3・リウマチ・こうげん病・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以上または最小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・膣部・外陰部の高度異形成、カルチノイド、悪性GIST（消化管間質腫瘍）、ボーエン病、パジェット病を含みます。
※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「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。

【個人情報のお取扱いについて】　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、受領した個人情報を、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に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。

脱退の手続き

脱退通知書はP.４の用紙をコピーの上ご使用ください。

○毎月１日付にて、退職等による脱退（掛金払込停止）のお手続きが可能です。
○脱退年月の前月２０日迄に、日本税協連福祉会事務局に書類が到着するようにお手続きください。
５月(更新月)の締切日は、令和6年3月31日です。
書類のご提出が遅れますとご希望の脱退年月で手続きできません。お早めに書類をご提出いただきますようお願いいたします。

脱退通知書の記入要領

・退職日または死亡日の翌月が脱退年月となります。
（例）3月31日で退職の方は脱退年月は4月　→　3月20日までに書類到着が必要です。
・ご加入者が死亡により脱退となる場合は、必ず死亡日をご記入ください。（追って保険金請求書類をご案内いたします。）
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
・所属コード、個人コードは送付しております被保険者名簿にてご確認の上、転記ください。

①所属コード・個人コードまたは被保険者番号
被保険者名簿より転記ください。

②通知日
本通知書の記入日をご記入ください。

③会員事業所名・代表者名・事務担当者名
必ずご記入ください。

④被保険者名
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。

⑤脱退年月
毎月20日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日脱退です。

⑥死亡日
脱退理由が「死亡」のときは、死亡日をご記入ください。
※日本税協連福祉会事務局宛に事務所閉鎖のご連絡をいただいても、掛金払込停止にはなりません。必ず脱退通知書をご提出願います。

脱退通知書ご記入例

住友生命保険相互会社　行
証券番号547553900　収納番号0000001

生命共済制度　脱退通知書

（契約者）日本税協連福祉会様
以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

① 所属コード（11桁）

0	2	1	0	1	0	1	2	3	4	5

脱退年月の前月20日締切
（締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。）

② 通知日　（和暦）令和〇〇年　３月１０日

③

会員事務所名	東京一郎税理士事務所 様
代表者名	代表　東京一郎 様
代表者税理士登録番号	0 1 2 3 4 5
事務担当者名	□上記代表者／□上記以外：　様

※ご注意ください！
例）5/1～31までの退職の方は、脱退年月は令和6年6月です。
前月20日の提出期限を過ぎた場合は、脱退年月は7月になります。

① 個人コードまたは被保険者番号（11桁）	④ 被保険者名（カタカナでご記入ください）		⑤ 脱退年月 ※死亡のときは記入不要です。	⑥ 死亡日 ※死亡のときは死亡日（和暦）をご記入ください。
0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 4	セイ（姓）ツキジ	メイ（名）ジロウ	（和暦）令和〇〇年　６月	（和暦）年　月　日
0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 5	セイ（姓）オオサカ	メイ（名）ツグオ	（和暦）年　月	（和暦）令和〇〇年　２月　25日
	セイ（姓）	メイ（名）	（和暦）年　月	（和暦）年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	（和暦）年　月	（和暦）年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	（和暦）年　月	（和暦）年　月　日

書類締切の基準
脱退年月の**前月20日**日本税協連福祉会必着です。

例

書類受付日	脱退年月
5月20日	6月
5月21日	7月

・**5月（更新月）**の締切日は、令和6年3月31日です。
・締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。
・脱退年月の1日が脱退日となります。
・死亡の場合は死亡日をご記入ください。（脱退年月は死亡日の翌月となります。）

・被保険者名簿を見てご記入ください。
⚠ お願い
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

法人サービス室　令和6.1　保存⑤

－4－

住友生命保険相互会社　行
証券番号547553900　収納番号0000001

生命共済制度　脱退通知書

（契約者）日本税協連福祉会様
以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

通知日	（和暦）　年　月　日

所属コード（11桁）

会員事務所名	様
代表者名	様
代表者税理士登録番号	
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様

脱退年月の前月20日締切

（締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。）

※ご注意ください!
例）5/1～31までの退職の方は、脱退年月は令和6年6月です。
前月20日の提出期限を過ぎた場合は、脱退年月は7月になります。

個人コードまたは被保険者番号（11桁）	被保険者名（カタカナでご記入ください）		脱退年月 ※死亡のときは記入不要です。	死亡日 ※死亡のときは死亡日（和暦）をご記入ください。
	セイ（姓）	メイ（名）	（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日

書類締切の基準

脱退年月の**前月20日**日本税協連福祉会必着です。

例

書類受付日	脱退年月
5月20日	6月
5月21日	7月

- **5月（更新月）**の締切日は、令和6年3月31日です。
- 締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。
- 脱退年月の1日が脱退日となります。
- 死亡の場合は死亡日をご記入ください。（脱退年月は死亡日の翌月となります。）

- 被保険者名簿を見てご記入ください。

⚠ お願い
- 記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

法人サービス室　令和6.1　保存⑩

保険金額の変更手続き

保険金額変更申込書はP.6の用紙をコピーの上ご使用ください。

○毎月１日付にて、勤続年数・職階の変動に伴う保険金額変更のお手続きが可能です。
○保険金額変更月の前月１０日迄に、日本税協連福祉会事務局に書類が到着するようにお手続きください。

保険金額変更申込書の記入要領

・下記の記入要領をご参照のうえ、楷書でもれなくご記入ください。
・保険金額変更にあたり、ご加入者の同意をいただき、被保険者自署欄に漢字フルネームで署名いただいてください。
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
　但し、保険金額訂正の場合は、**事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
・所属コード、個人コードは送付しております被保険者名簿にてご確認の上、転記ください。

①申込日（告知日） 実際に申込書を記入した日（告知事項を確認した日）をご記入ください。

②変更年月 毎月10日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日変更です。

③所属コード・個人コードまたは被保険者番号 被保険者名簿より転記ください。

④会員事業所名・代表者名・事務担当者名 必ずご記入ください。

⑤被保険者名 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。

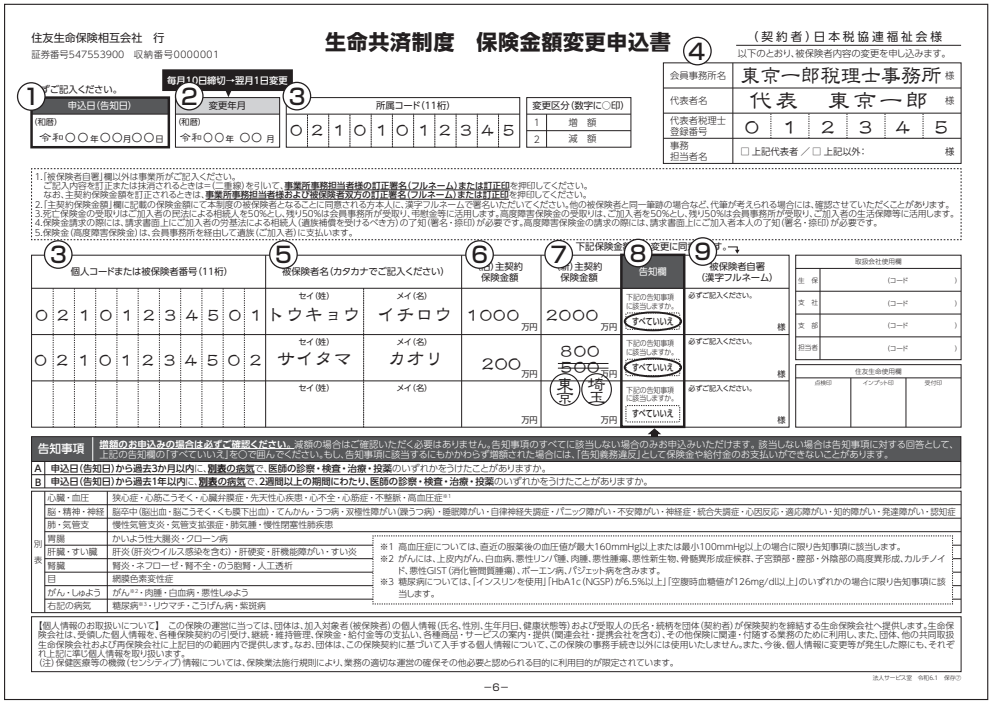
⑥旧主契約保険金額

⑦新主契約保険金額 パンフレットをご参照のうえ、ご記入ください。

⑧告知欄 変更のお申込みの場合は必ずご確認ください。
一旦変更いただければ、その後告知事項に該当しても同額もしくはそれ以下の保険金額で継続加入いただけます。
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。
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告知欄の（すべていいえ）を○で囲んでください。

⑨被保険者自署 被保険者となることに同意される方本人に、漢字フルネームで署名いただいてください。
他の被保険者と同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。

保険金額変更申込書ご記入例


住友生命保険相互会社　行
証券番号547553900　収納番号0000001

生命共済制度　保険金額変更申込書

（契約者）日本税協連福祉会様
以下のとおり、被保険者内容の変更を申し込みます。

会員事業所名	東京一郎税理士事務所 様
代表者名	代表　東京一郎 様
代表者税理士登録番号	0 1 2 3 4 5
事務担当者名	□上記代表者／□上記以外：　様

①ずご記入ください。申込日（告知日）（和暦）令和○○年○○月○○日
②毎月10日締切→翌月1日変更　変更年月（和暦）令和○○年 ○○ 月
③所属コード（11桁）0 2 1 0 1 0 1 2 3 4 5
変更区分（数字に○印）1 増額　2 減額

1.「被保険者自署」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、事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正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、事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名（フルネーム）または訂正印を押印してください。
2.「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される方本人に、漢字フルネームで署名いただいてください。他の被保険者と同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。
3.死亡保険金の受取りはご加入者の民法による相続人を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、弔慰金等に活用します。高度障害保険金の受取りは、ご加入者を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、ご加入者の生活保障等に活用します。
4.保険金請求の際には、請求書面上にご加入者の労基法による相続人（遺族補償を受けるべき方）の了知（署名・捺印）が必要です。高度障害保険金の請求の際には、請求書面上にご加入者本人の了知（署名・捺印）が必要です。
5.保険金（高度障害保険金）は、会員事務所を経由して遺族（ご加入者）に支払います。

③個人コードまたは被保険者番号（11桁）	⑤被保険者名（カタカナでご記入ください） セイ（姓）	メイ（名）	⑥旧主契約保険金額	⑦新主契約保険金額	⑧告知欄	⑨被保険者自署（漢字フルネーム）
0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 1	トウキョウ	イチロウ	1000 万円	2000 万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	※ずご記入ください。 様
0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 2	サイタマ	カオリ	200 万円	~~800~~ ~~500~~ 万円 東京 埼玉	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	※ずご記入ください。 様
			万円	万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	※ずご記入ください。 様

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　）
住友生命使用欄：点検印／インプット印／受付印

告知事項　増額のお申込みの場合は必ずご確認ください。減額の場合はご確認いただく必要はありません。告知事項のすべてに該当しない場合のみお申込みいただけます。該当しない場合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でき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。
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。

別表

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・双極性障がい（躁うつ病）・睡眠障がい・自律神経失調症・パニック障がい・不安障がい・神経症・統合失調症・心因反応・適応障がい・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・白血病・悪性しゅよう
右記の病気	糖尿病※3・リウマチ・こうげん病・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以上または最小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、悪性黒色腫、悪性新生物、骨髄異形成症候群、子宮頸部・腟部・外陰部の高度異形成、カルチノイド、悪性GIST（消化管間質腫瘍）、ポーエン病、パジェット病を含みます。
※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「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。

【個人情報のお取扱いについて】 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、受領した個人情報を、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す。また、団体、他の共同取扱生命保険会社および再保険会社に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。

法人サービス室　令和6.1　保存3

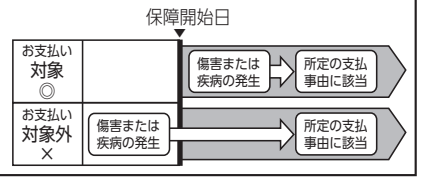
－6－

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。
以下をご確認のうえ、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告知欄の（すべていいえ）を○で囲んでください。
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」には含みません。
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・投薬をうけ、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。（実際の診療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

高度障害保険金等をお支払できない場合

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保障開始日以後に生じた場合に限ります。原因となる傷害または疾病が保障開始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。



住友生命保険相互会社　行

証券番号547553900　収納番号0000001

生命共済制度　保険金額変更申込書

（契約者）日本税協連福祉会様

以下のとおり、被保険者内容の変更を申し込みます。

会員事務所名	様
代表者名	様
代表者税理士登録番号	
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様

必ずご記入ください。

毎月10日締切→翌月1日変更

申込日（告知日）	変更年月	所属コード（11桁）	変更区分（数字に○印）
（和暦） 年　月　日	（和暦） 年　月		1　増　額 2　減　額

1.「被保険者自署」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、**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**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、**事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印してください。
2.「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される方本人に、漢字フルネームで署名いただいてください。他の被保険者と同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。
3.死亡保険金の受取りはご加入者の民法による相続人を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、弔慰金等に活用します。高度障害保険金の受取りは、ご加入者を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、ご加入者の生活保障等に活用します。
4.保険金請求の際には、請求書面上にご加入者の労基法による相続人（遺族補償を受けるべき方）の了知（署名・捺印）が必要です。高度障害保険金の請求の際には、請求書面上にご加入者本人の了知（署名・捺印）が必要です。
5.保険金（高度障害保険金）は、会員事務所を経由して遺族（ご加入者）に支払います。

下記保険金額への変更に同意します。

個人コードまたは被保険者番号（11桁）	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	被保険者自署（漢字フルネーム）
	セイ（姓）	メイ（名）	万円	万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	必ずご記入ください。 様
	セイ（姓）	メイ（名）	万円	万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	必ずご記入ください。 様
	セイ（姓）	メイ（名）	万円	万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	必ずご記入ください。 様

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　　）

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

告知事項

増額のお申込みの場合は必ずご確認ください。減額の場合はご確認いただく必要はありません。告知事項のすべてに該当しない場合のみお申込みいただけます。該当しない場合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でき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。

別表		
	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・双極性障がい（躁うつ病）・睡眠障がい・自律神経失調症・パニック障がい・不安障がい・神経症・統合失調症・心因反応・適応障がい・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・白血病・悪性しゅよう
	右記の病気	糖尿病※3・リウマチ・こうげん病・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以上または最小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・膣部・外陰部の高度異形成、カルチノイド、悪性GIST（消化管間質腫瘍）、ボーエン病、パジェット病を含みます。
※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「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。

【個人情報のお取扱いについて】　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、受領した個人情報を、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に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。

ご加入者の事項に関する諸変更手続き

変更通知書はP.8の用紙をコピーの上ご使用ください。

○変更・訂正が生じた場合は速やかに手続書類をご提出ください。
○所属変更の場合は毎月１０日迄に日本税協連福祉会事務局に到着した書類について、翌月１日より変更いたします。

変更通知書の記入要領

・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
・所属コード、個人コードは送付しております被保険者名簿にてご確認の上、転記ください。
・性別や生年月日の相違で訂正する場合には、掛金に変動を生じる場合があります。

①通知日

本通知書の記入日をご記入ください。

②会員事業所名・代表者名・事務担当者名

必ずご記入ください。

③所属コード・個人コード

被保険者名簿より転記ください。

④被保険者名

氏名変更・訂正の場合は旧被保険者名をご記入ください。
<u>カタカナ</u>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。

⑤変更年月

所属変更の場合のみご記入ください。
毎月10日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日変更です。

⑥変更事項記入欄

該当の変更事項についてご記入ください。
所属税協・代表者変更の場合は所属コード・個人コードが変更になります。新所属コード・新個人コードにつきましては、お問い合わせください。

変更通知書ご記入例

住友生命保険相互会社　行
証券番号547553900
収納番号0000001

生命共済制度　変更通知書

（契約者）日本税協連福祉会様
以下のとおり、被保険者内容の変更を申し込みます。

① 通知日（和暦）令和○○年○○月○○日

② 会員事務所名：東京一郎税理士事務所 様
代表者名：代表　東京一郎 様
代表者税理士登録番号：0 1 2 3 4 5
事務担当者名：□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様

③ （現在の）所属コード（11桁）：0 2 1 0 1 0 1 2 3 4 5

（旧）個人コード（11桁）：0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 7

④ （旧）被保険者名（カタカナでご記入ください）
セイ（姓）：トチギ　メイ（名）：ミカ

⑤ 変更年月（和暦）令和○○年　○○月

⑥ 変更箇所のみご記入ください。
①所属コード変更：（新）所属コード（11桁）
②個人コード変更：（新）個人コード（11桁）
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）
セイ（姓）：タナカ　メイ（名）：ミカ
④性別・生年月日訂正：性別　男　女　生年月日（和暦）　年　月　日
⑤その他

・被保険者名簿を見てご記入ください。
⚠ お願い
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。

【個人情報のお取扱いについて】 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、受領した個人情報を、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に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。

住友生命使用欄：点検印　インプット印　受付印

法人サービス室　令和6.1　保存②

住友生命保険相互会社　行
証券番号547553900
収納番号0000001

生命共済制度　変更通知書

（契約者）日本税協連福祉会様

以下のとおり、被保険者内容の変更を申し込みます。

通知日	（和暦）　年　月　日

会員事務所名	様
代表者名	様
代表者税理士登録番号	
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様

（現在の）所属コード（11桁）

変更年月
（和暦）　年　月

（旧）個人コード（11桁）

（旧）被保険者名（カタカナでご記入ください）	
セイ（姓）	メイ（名）

変更箇所のみご記入ください。

①所属コード変更

（新）所属コード（11桁）

②個人コード変更

（新）個人コード（11桁）

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）	
セイ（姓）	メイ（名）

④性別・生年月日訂正

性別	生年月日
男 女	（和暦）　年　月　日

⑤その他

（　　）

・被保険者名簿を見てご記入ください。

⚠ お願い

・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。

【個人情報のお取扱いについて】　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、受領した個人情報を、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に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。

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

法人サービス室　令和6.1　保存⑦

保険金のご請求

※詳細はパンフレットを参照ください。

保険金をご請求される場合には、速やかに日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。
必要な書類及び手続方法についてご案内いたします。

○ご加入者死亡の場合

・死亡日及び死亡の原因（病気か事故か）を日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。

・死亡保険金請求手続きには、死亡診断書や戸籍書類等が必要となります。

・死亡保険金の受取りは、ご加入者の民法による相続人を50%とし、残り50%は会員事務所が受取り、弔慰金等に活用します。なお、ご加入者が個人事業主で、個人事業主が死亡した場合、会員事務所受取分は、個人事業主の配偶者・子（子が死亡している場合は、その直系卑属）・父母・祖父母・兄弟姉妹の順位に従ってお支払いさせていただくことになります。

・保険金請求の際には、請求書面上にご加入者の労基法による相続人（遺族補償を受けるべき方）の了知（署名・押印）が必要です。

・死亡保険金の遺族への支払いは会員事務所を経由して行います。

・掛金の払込停止を行うため、先に脱退通知書をご提出ください。

○ご加入者が高度障害状態に該当する場合

・ご加入者が高度障害状態に該当すると思われる場合には、日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。

・高度障害保険金の受取りは、ご加入者を５０％とし、残り５０％は会員事務所が受取り、ご加入者の生活保障等に活用します。なお、ご加入者が個人事業主で、個人事業主が高度障害状態に該当した場合、ご加入者受取分・会員事務所受取分ともに個人事業主へお支払いします。

・高度障害保険金の請求の際には、請求書面上にご加入者本人の了知（署名・押印）が必要です。

・高度障害保険金のご加入者への支払いは会員事務所を経由して行います。

＊生命共済制度は入院の場合（病気・不慮の事故とも）の保障はございません。
＊死亡保険金・高度障害保険金が支払われない場合があります。（詳細はパンフレットを参照ください）

支払事由が発生して不明な点がある場合等は、保険金支払に際し、会員事務所・ご遺族（家族）・担当医等に状況を確認させていただくことがございます。

会員事務所登録事項の変更手続きについて

○会員事務所名等以下の変更が生じた場合は日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。手続き方法をご案内いたします。
○毎月１０日迄に日本税協連福祉会事務局に到着した書類について、翌月１日より変更いたします。

＜手続きが必要な事項＞

・会員事務所名の変更　・会員事務所住所（通信先）の変更　・代表者の変更　・掛金振替口座の変更

その他ご留意いただく点

・自動更新について

毎年５月１日～翌年４月３０日までの１年間が保険期間です。以後原則、１年ごとに自動的に更新いたします。
保険期間途中の中途加入者についてはその中途加入日より令和７年４月３０日までが、初年度の保険期間となります。
保険期間途中の中途増額分についても同様です。

・掛金について

掛金はご加入者の異動やご加入内容の変更がなければ、毎年５月～翌年４月までは同一の掛金となります。
（毎年更新時に掛金の見直しを行います。制度の規模等に変動がある場合は掛金も変動する場合がございます。）

・掛金の振替について

収納代行会社「株式会社シーエスエス（略称CSS）」に委託して、ご指定の金融機関預金口座より当月分掛金を当月２７日（土日祝祭日の場合は翌営業日）に自動的に引き落しいたします。
お取扱いの詳細は３０ページ「掛金の振替」をご参照ください。

・配当金について

１年ごとに収支計算を行い剰余金が生じた場合には配当金が各会員事務所に支払われますが、本制度の安定、拡充のために配当金の一部を充当することがあります。配当率は支払時期の前年度決算により決定しますので、将来支払われる配当金額は現時点では確定しておりません。また、支払保険金の多寡などにより配当金は大きく変動します。
（保険期間中に脱退された方には、その脱退理由にかかわらず配当金は支払われません。）
お支払いの時期、方法につきましてはその都度ご連絡いたしますが、毎年７月中旬頃の送金を予定しております。

3大疾病保障共済制度

１．制度の概要

・日本税協連福祉会の会員および会員事務所の役員・従業員・事務局専従役職員を対象とした、保険料ご加入者（被保険者）負担の制度です。

・所定のがん〔悪性新生物〕・急性心筋梗塞・脳卒中のいずれかの状態と診断され、所定の要件に該当された場合、一時金をお支払いいたします。
※死亡・高度障害保障はありません。

・ご本人がご加入になれば、配偶者もご加入いただけます。

・毎月１日付でのご加入が可能です。（加入月の前月１０日迄に書類を日本税協連福祉会事務局へご提出ください）
５月（更新月）の締切日に関しましてはパンフレット等でご確認ください。

２．ご加入にあたりご留意いただく点

・加入対象者ではない方は加入できません。

・配偶者は、ご本人と同一戸籍に記載されていることが条件です。

・配偶者だけのご加入はできません。（ご本人の加入が必要です。）
また、配偶者はご本人より高い保険金額のコースにはご加入できません。

３．ご加入後の変更手続きについて

・ご加入者が3大疾病保障共済制度をおやめになる場合、退職等の理由により脱退される場合には、脱退の手続きが必要となります。
（脱退の場合は脱退年月の前月２０日迄に書類を日本税協連福祉会事務局へご提出ください）
５月（更新月）の締切日に関しましてはパンフレット等でご確認ください。

・配偶者がご本人と同一戸籍でなくなった場合には、脱退のお手続きが必要です。

・ご本人が脱退となった場合には、配偶者も自動的に脱退となります。

４．引受保険会社

・この制度の引受保険会社は住友生命保険相互会社です。

加入手続き

加入申込書はP.13の用紙をコピーの上ご使用ください。

○加入月の前月１０日迄に日本税協連福祉会事務局に書類が届くようにお手続きください。 5月（更新月）の締切日は、令和6年3月31日です。

加入申込書の記入要領

・下記の記入要領をご参照のうえ、楷書でもれなくご記入ください。
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、**訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印**を押印ください。

! 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、お申し込みいただけます。

以下をご確認のうえ、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告知欄の すべていいえ を○で囲んでください。

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」には含みません。

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・投薬をうけ、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。
（実際の診療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

❶ 一旦加入すれば、その後告知事項に該当しても同額もしくはそれ以下の保険金額で継続加入できます。

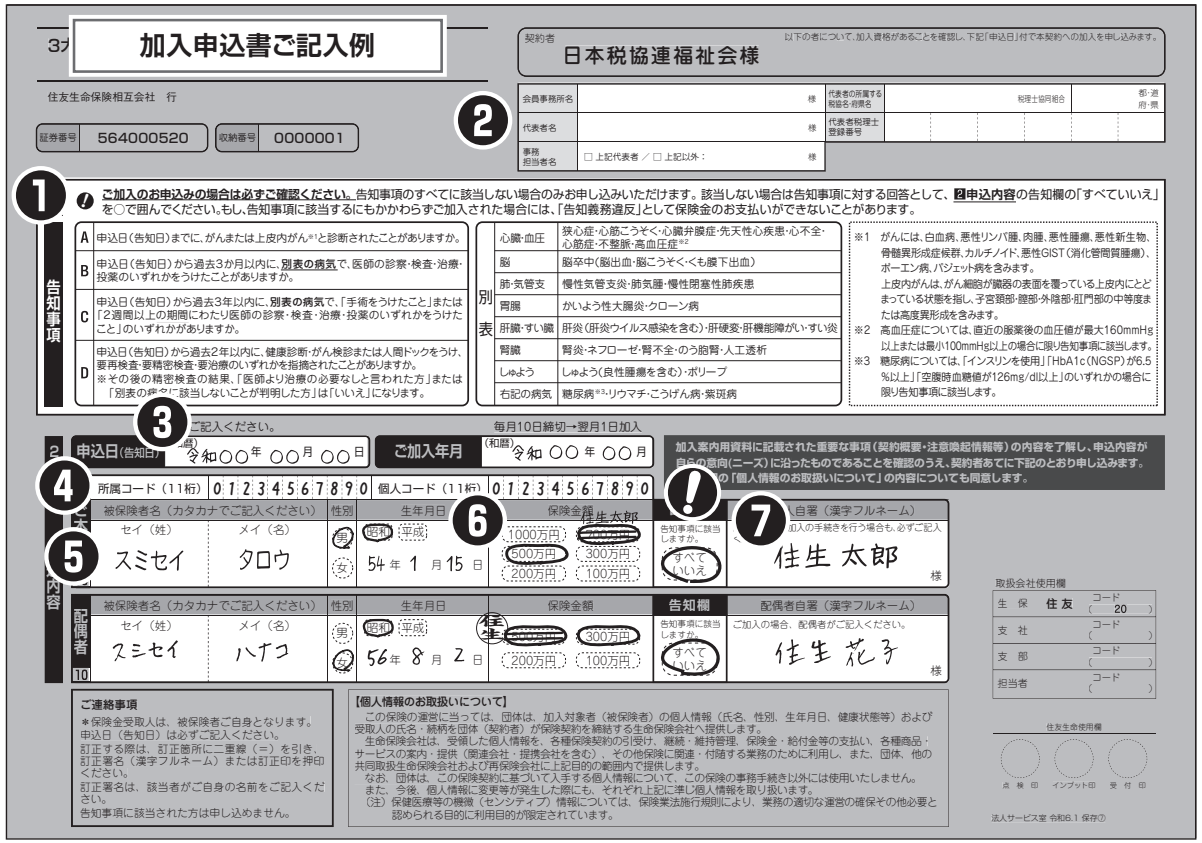
❷ 会員事務所名・代表者名・事務担当者名
必ずご記入ください。

❸ 申込日（告知日）
実際に申込書を記入した日（告知事項を確認した日）をご記入ください。

❹ 所属コード・個人コード
生命共済制度に既に加入済の方は、所属コード・個人コードを被保険者名簿より転記ください。
生命共済制度に未加入の場合は空白で結構です。

❺ 被保険者名
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。

❻ 主契約保険金額
ご希望の保険金額を○で囲んでください。


加入申込書ご記入例

住友生命保険相互会社　行

証券番号 564000520　収納番号 0000001

契約者 日本税協連福祉会様

以下の者について、加入資格があることを確認し、下記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。

会員事務所名	様	代表者の所属する税協名・税関名	税理士協同組合　都・道・府・県
代表者名	様	代表者税理士登録番号	
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様		

❶ ご加入のお申込みの場合は必ずご確認ください。告知事項のすべてに該当しない場合のみお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、❷申込内容の告知欄の「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」として保険金のお支払いができないことがあります。

告知事項	
A	申込日（告知日）までに、がんまたは上皮内がん※1と診断されたことがありますか。
B	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。
C	申込日（告知日）から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「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」のいずれかがありますか。
D	申込日（告知日）から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

別表	
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※2
脳	脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）
肺・気管支	慢性気管支炎・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
しゅよう	しゅよう（良性腫瘍を含む）・ポリープ
右記の病気	糖尿病※3・リウマチ・こうげん病・紫斑病

※1 がんには、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、カルチノイド、悪性GIST（消化管間質腫瘍）、ポーエン病、パジェット病を含みます。
上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮内にとどまっている状態を指し、子宮頸部・膣部・外陰部・肛門部の中等度または高度異形成を含みます。
※2 高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。
※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「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。

❸ ご記入ください。　毎月10日締切→翌月1日加入

申込日（告知日）（和暦）令和○○年○○月○○日　ご加入年月（和暦）令和○○年○○月

加入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、申込内容が自己の意向（ニーズ）に沿ったものであることを確認のうえ、契約者あてに下記のとおり申し込みます。
の「個人情報のお取扱いについて」の内容についても同意します。

❹ 所属コード（11桁）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0　個人コード（11桁）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

本人	被保険者名（カタカナでご記入ください）	性別	生年月日	保険金額	告知事項に該当しますか。	配偶者自署（漢字フルネーム）
	❺ セイ（姓）スミセイ　メイ（名）タロウ	男・女	昭和・平成 54年1月15日	❻ 住生太郎 1000万円・500万円・300万円・200万円・100万円	すべていいえ	❼ 加入の手続きを行う場合も、必ずご記入 住生 太郎 様

配偶者	被保険者名（カタカナでご記入ください）	性別	生年月日	保険金額	告知欄	配偶者自署（漢字フルネーム）
10	セイ（姓）スミセイ　メイ（名）ハナコ	男・女	昭和・平成 56年8月2日	住生 1000万円・500万円・300万円・200万円・100万円	告知事項に該当しますか。すべていいえ	ご加入の場合、配偶者がご記入ください。住生 花子 様

ご連絡事項
＊保険金受取人は、被保険者ご自身となります。
申込日（告知日）は必ずご記入ください。
訂正する際は、訂正箇所に二重線（＝）を引き、訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印を押印ください。
訂正署名は、該当者がご自身の名前をご記入ください。
告知事項に該当された方は申し込めません。

【個人情報のお取扱いについて】
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、受領した個人情報を、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に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。

取扱会社使用欄

生保	住友	コード（20）
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　インプット印　受付印

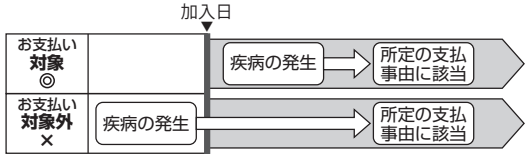
法人サービス室 令和6.1 保存⑦

❼ 自署
漢字フルネームでご署名ください。
ご本人は配偶者のみの加入の手続きを行う場合も、必ずご署名ください。
配偶者は、ご加入の手続きを行う場合にご署名ください。
※ご本人と配偶者が同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。

3大疾病保険金をお支払いできない場合

・がん（悪性新生物）による3大疾病保険金のお支払いは、加入日から起算して90日経過した後に、生まれて初めて所定のがんと診断された場合に限ります。加入日から起算して90日以内に診断された場合や生まれて初めての所定のがんでない場合、お支払いの対象とはなりません（この場合、お申し出により契約を無効とできることがあります）。
・急性心筋梗塞・脳卒中による3大疾病保険金のお支払いは、所定の支払事由の原因となる疾病が加入日以後に生じた場合に限ります。原因となる疾病が加入日より前に生じていた場合は、お支払いの対象とはなりません。

（※）急性心筋梗塞・脳卒中の場合



3大疾病保障共済制度　加入申込書〈個人型〉

住友生命保険相互会社　行

証券番号	564000520	収納番号	0000001

契約者
日本税協連福祉会様

以下の者について、加入資格があることを確認し、下記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。

会員事務所名	様	代表者の所属する税協名・府県名	税理士協同組合	都・道府・県	
代表者名	様	代表者税理士登録番号			
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様				

1

告知事項

ご加入のお申込みの場合は必ずご確認ください。告知事項のすべてに該当しない場合のみお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、**2申込内容**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」として保険金のお支払いができないことがあります。

A	申込日（告知日）までに、がんまたは上皮内がん※1と診断されたことがありますか。
B	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。
C	申込日（告知日）から過去3年以内に、**別表の病気**で、「手術をうけたこと」または「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」のいずれかがありますか。
D	申込日（告知日）から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。 ※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

別表	
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※2
脳	脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）
肺・気管支	慢性気管支炎・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
しゅよう	しゅよう（良性腫瘍を含む）・ポリープ
右記の病気	糖尿病※3・リウマチ・こうげん病・紫斑病

※1　がんには、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、カルチノイド、悪性GIST（消化管間質腫瘍）、ボーエン病、パジェット病を含みます。
上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮内にとどまっている状態を指し、子宮頸部・膣部・外陰部・肛門部の中等度または高度異形成を含みます。
※2　高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。
※3　糖尿病については、「インスリンを使用」「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

必ずご記入ください。

申込日（告知日）（和暦）　年　月　日

毎月10日締切→翌月1日加入

ご加入年月（和暦）　年　月

加入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、申込内容が自らの意向（ニーズ）に沿ったものであることを確認のうえ、契約者あてに下記のとおり申し込みます。また下記の「個人情報のお取扱いについて」の内容についても同意します。

申込内容

所属コード（11桁）　個人コード（11桁）

	被保険者名（カタカナでご記入ください）		性別	生年月日	保険金額	告知欄	
ご本人 00	セイ（姓）	メイ（名）	男 女	昭和 平成　年　月　日	1000万円 700万円 500万円 300万円 200万円 100万円	告知事項に該当しますか。 すべていいえ	ご本人自署（漢字フルネーム） 配偶者のみの加入の手続きを行う場合も、必ずご記入ください。 様
配偶者 10	セイ（姓）	メイ（名）	男 女	昭和 平成　年　月　日	500万円 300万円 200万円 100万円	告知事項に該当しますか。 すべていいえ	配偶者自署（漢字フルネーム） ご加入の場合、配偶者がご記入ください。 様

取扱会社使用欄

生保	住友	コード（20）
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　インプット印　受付印

法人サービス室 令和6.1 保存⑦

ご連絡事項

＊保険金受取人は、被保険者ご自身となります。
申込日（告知日）は必ずご記入ください。
訂正する際は、訂正箇所に二重線（＝）を引き、訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印を押印ください。
訂正署名は、該当者がご自身の名前をご記入ください。
告知事項に該当された方は申し込めません。

【個人情報のお取扱いについて】

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、受領した個人情報を、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に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。

脱退の手続き

脱退通知書はP.15の用紙をコピーの上ご使用ください。

○毎月１日付にて、退職等による脱退（掛金払込停止）のお手続きが可能です。
○脱退年月の前月２０日迄に、日本税協連福祉会事務局に書類が到着するようにお手続きください。
5月(更新月)の締切日は、令和6年3月31日です。
書類のご提出が遅れますとご希望の脱退年月で手続きできません。お早めに書類をご提出いただきますようお願いいたします。

脱退通知書の記入要領

・退職日または死亡日の翌月が脱退年月となります。
（例）3月31日で退職の方は脱退年月は4月　→　3月20日までに書類到着が必要です。
・ご加入者が死亡により脱退となる場合は、必ず死亡日をご記入ください。
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
・所属コード、個人コードは送付しております被保険者名簿にてご確認の上、転記ください。

①所属コード・個人コードまたは被保険者番号・家族区分
被保険者名簿より転記ください。

②通知日
本通知書の記入日をご記入ください。

③会員事業所名・代表者名・事務担当者名
必ずご記入ください。

④被保険者名
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。

⑤脱退年月
毎月20日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日脱退です。

⑥死亡日
脱退理由が「死亡」のときは、死亡日をご記入ください。
※日本税協連福祉会事務局宛に事務所閉鎖のご連絡をいただいても、掛金払込停止にはなりません。必ず脱退通知書をご提出願います。

⑦支払事由該当に関する確認結果
脱退する被保険者(※)に「脱退時のご説明文書（保険金のお支払事由に該当されていないかご確認ください）」を必ず配付し、支払事由に該当するか否かをご確認ください。またその結果をご記入ください。
（※）死亡による脱退の場合は当該被保険者の相続人になります。

⑧その他留意事項
・次の場合には速やかに脱退のお手続きをおとりください。
a）ご加入者が死亡・退職されたとき。
b）配偶者について、ご本人と同一の戸籍でなくなったとき。

脱退通知書ご記入例

住友生命保険相互会社　行
証券番号564000520　収納番号0000001

3大疾病保障共済制度　脱退通知書〈個人型〉
<生命共済制度の脱退通知書は、4ページにあります。>

（契約者）日本税協連福祉会様
以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

脱退年月の前月20日締切
（締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。）

① 所属コード（11桁）：0 2 1 0 1 0 1 2 3 4 5

② 通知日：（和暦）令和○○ 年○○月○○日

③

会員事務所名	東京一郎税理士事務所様
代表者名	代表　東京一郎 様
代表者税理士登録番号	0 1 2 3 4 5
事務担当者名	□上記代表者／□上記以外：　様

必ずご確認ください。
脱退手続きの前に、被保険者が支払事由に該当する可能性の有無をご確認ください。配偶者が脱退する場合は、配偶者についてご確認ください。(※1)
・脱退する被保険者(※2)に「脱退時のご説明文書(以下、説明文書)を、必ず配布してください。(P16にあります。)
・説明文書を配布後、被保険者(※2)から「がん(悪性新生物)」「急性心筋梗塞」「脳卒中」に罹患している、または罹患していたとの申し出があった場合は、「該当あり」に○をしてください。
・被保険者(※2)から申し出がない場合でも、「がん(悪性新生物)」「急性心筋梗塞」「脳卒中」で欠勤中・治療中の方や、過去に欠勤・治療されていた方は「該当あり」に○をし、それ以外の方は「該当なし・申し出なし」に○をしてください。
・「該当なし・申し出なし」で脱退通知書を提出された後でも、支払事由に該当することが判明した場合はご請求いただけますので、P16記載のスミセイフリーダイヤルまでお申し出ください。
(※1)お支払いの可否は別途ご提出いただく請求書類から判断いたします。（※2)死亡による脱退の場合は当該被保険者の相続人になります。

※ご注意ください!
例）5/1～31までの退職の方は、脱退年月は令和6年6月です。
前月20日の提出期限を過ぎた場合は、脱退年月は7月になります。

① 個人コードまたは被保険者番号（11桁）	④ 被保険者名（カタカナでご記入ください） セイ（姓）	メイ（名）	家族区分（いずれか○）	⑤ 脱退年月 ※死亡のときは記入不要です。	⑥ 死亡日 ※死亡のときは死亡日（和暦）をご記入ください。
0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 4	ツキジ	ジロウ	0.本人 1.配偶者	（和暦）令和○○ 年 ○○ 月	年 月 日
0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 5	オオサカ	ツグオ	0.本人 1.配偶者	（和暦）年 月	（和暦）令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
			0.本人 1.配偶者	（和暦）年 月	（和暦）年 月 日
			0.本人 1.配偶者	（和暦）年 月	（和暦）年 月 日
			0.本人 1.配偶者	（和暦）年 月	（和暦）年 月 日

⑦ **支払事由該当に関する確認結果**
・いずれかに○をしてください。
・配偶者は加入されている場合に限ります。

本人	配偶者
該当あり / 該当なし・申し出なし	該当あり / 該当なし・申し出なし
該当あり / 該当なし・申し出なし	該当あり / 該当なし・申し出なし
該当あり / 該当なし・申し出なし	該当あり / 該当なし・申し出なし
該当あり / 該当なし・申し出なし	該当あり / 該当なし・申し出なし
該当あり / 該当なし・申し出なし	該当あり / 該当なし・申し出なし

書類締切の基準
脱退年月の**前月20日**日本税協連福祉会必着です。**5月（更新月）**の締切日は、令和6年3月31日です。

例

書類受付日	脱退年月
5月20日	6月
5月21日	7月

・締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。
・脱退年月の1日が脱退日となります。
・死亡の場合は死亡日をご記入ください。
（脱退年月は死亡日の翌月となります。）

・被保険者名簿を見てご記入ください。
⚠ お願い
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝(二重線)を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。

住友生命使用欄

点検印	インプット印	受付印

法人サービス室　令和6.1　保存版

住友生命保険相互会社　行

証券番号564000520　収納番号0000001

所属コード（11桁）

3大疾病保障共済制度　脱退通知書〈個人型〉

<生命共済制度の脱退通知書は、4ページにあります。>

脱退年月の前月20日締切

（締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。）

（契約者）日本税協連福祉会様

以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

通知日	（和暦）　年　月　日

会員事務所名	様
代表者名	様
代表者税理士登録番号	
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様

必ずご確認ください。

脱退手続きの前に、被保険者が支払事由に該当する可能性の有無をご確認ください。配偶者が脱退する場合は、配偶者についてご確認ください。(※1)

- 脱退する被保険者(※2)に「脱退時のご説明文書（以下、説明文書）を、必ず配布してください。（P16にあります。）
- 説明文書を配布後、被保険者(※2)から「がん（悪性新生物）」「急性心筋梗塞」「脳卒中」に罹患している、または罹患していたとの申し出があった場合は、「該当あり」に○をしてください。
- 被保険者(※2)から申し出がない場合でも、「がん（悪性新生物）」「急性心筋梗塞」「脳卒中」で欠勤中・治療中の方や、過去に欠勤・治療されていた方は「該当あり」に○をし、それ以外の方は「該当なし・申し出なし」に○をしてください。
- 「該当なし・申し出なし」で脱退通知書を提出された後でも、支払事由に該当することが判明した場合はご請求いただけますので、P16記載のスミセイフリーダイヤルまでお申し出ください。

（※1）お支払いの可否は別途ご提出いただく請求書類から判断いたします。　（※2）死亡による脱退の場合は当該被保険者の相続人になります。

※ご注意ください!

例）5/1～31までの退職の方は、脱退年月は令和6年6月です。
前月20日の提出期限を過ぎた場合は、脱退年月は7月になります。

個人コードまたは被保険者番号（11桁）	被保険者名（カタカナでご記入ください）		家族区分（いずれかに○）	脱退年月 ※死亡のときは記入不要です。	死亡日 ※死亡のときは死亡日（和暦）をご記入ください。
	セイ（姓）	メイ（名）	0.本人 1.配偶者	（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	0.本人 1.配偶者	（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	0.本人 1.配偶者	（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	0.本人 1.配偶者	（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	0.本人 1.配偶者	（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日

支払事由該当に関する確認結果

- いずれかに○をしてください。
- 配偶者は加入されている場合に限ります。

本人	配偶者
該当あり / 該当なし・申し出なし	該当あり / 該当なし・申し出なし
該当あり / 該当なし・申し出なし	該当あり / 該当なし・申し出なし
該当あり / 該当なし・申し出なし	該当あり / 該当なし・申し出なし
該当あり / 該当なし・申し出なし	該当あり / 該当なし・申し出なし
該当あり / 該当なし・申し出なし	該当あり / 該当なし・申し出なし

書類締切の基準

脱退年月の**前月20日**日本税協連福祉会必着です。**5月（更新月）**の締切日は、令和6年3月31日です。

例

書類受付日	脱退年月
5月20日	6月
5月21日	7月

- 締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。
- 脱退年月の1日が脱退日となります。
- 死亡の場合は死亡日をご記入ください。（脱退年月は死亡日の翌月となります。）

- 被保険者名簿を見てご記入ください。

⚠ お願い

- 記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

法人サービス室　令和6.1　保存⑩

脱退時のご説明文書（保険金のお支払事由に該当されていないかご確認ください）

ご加入いただいております「3大疾病保障共済制度」の保障の終了にあたり、保険期間中に以下の3大疾病保険金のお支払対象となる状態に該当されていないかご確認ください。（配偶者が加入されている場合、配偶者についてもご確認ください。）該当する場合や該当すると思われる場合には、できるだけ早く下記の照会先窓口（スミセイフリーダイヤル）までご連絡ください。

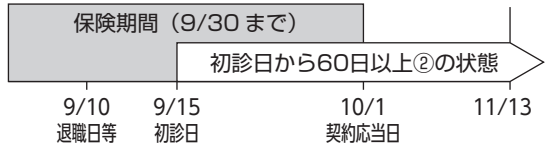
疾病名	お支払対象となる状態
がん（悪性新生物）	生まれて初めて約款所定のがん（**悪性新生物**）になったと医師によって**病理組織学所見（生検）により診断確定された**とき。ただし、次の3点は該当しません。 × **上皮内新生物（病変が上皮内に限定しているもの）** 例：子宮頸部の上皮内がん・高度異形成、食道上皮内がん、非浸潤性乳管がん ※結腸または直腸の粘膜がんは悪性新生物と同じお取扱いとなり支払対象です。 × **皮膚がん（悪性黒色腫を除く）** 例：有棘細胞がん、ボーエン病、基底細胞がん・外耳道がん × **責任開始日から 90 日以内に診断確定されたがん（悪性新生物）**
急性心筋梗塞	約款所定の**急性心筋梗塞を発病し、次のいずれかに該当されたとき** ①急性心筋梗塞の治療を直接の目的とした**公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に定められた手術（冠動脈形成術、冠動脈ステント留置術等）**を受けられたとき ②初めて医師の診療を受けられた日から **60 日以上、労働の制限を必要とする状態**（※1）**が継続した**と医師によって診断されたとき （※1）軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。
脳卒中	約款所定の**脳卒中**（※2）を発病し、次のいずれかに該当されたとき ①脳卒中の治療を直接の目的とした**公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に定められた手術（頭蓋内血腫除去術等）**を受けられたとき ②初めて医師の診療を受けられた日から **60 日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続したと医師によって診断されたとき** （※2）くも膜下出血、小脳出血、脳溢血、脳動脈瘤破裂、脳出血、脳室出血、脳血管破裂、脳血栓、脳塞栓、脳梗塞、小脳梗塞　等も脳卒中に含みます。

保障の終了後でもお支払いの対象になる場合について

急性心筋梗塞と脳卒中については、被保険者の保障が終了した後にお支払事由の②に該当した場合であっても、初診日がその被保険者の保険期間中（※）にある場合には、お支払いの対象となることがあります。

※保険期間は、被保険者の退職日等の属する月の保険料が払い込まれている場合、退職日等の直後の契約応当日前日までです。保険期間が不明の際は下記の照会先窓口までご照会ください。

（例）11/13 時点で②の状態に該当している場合、お支払いの対象となります



※お支払いの可否は、住友生命保険相互会社の約款に基づいての判断となります。約款に定めるお支払事由に該当していない場合等には、保険金をお支払いできないことがありますので、ご了承ください。

保険金のご請求手続に関するご照会は下記にお問合せください。

スミセイフリーダイヤル（法人サービス室）

0120-357224

受付時間：月～金曜日 午前9時～午後5時
（祝日・12/31 ～ 1/3 を除く）

保険金額の変更手続き

保険金額変更申込書はP.18の用紙をコピーの上ご使用ください。

○変更月の前月１０日迄に日本税協連福祉会事務局に書類が届くようにお手続きください。

保険金額変更申込書の記入要領

・下記の記入要領をご参照のうえ、楷書でもれなくご記入ください。
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、**訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印**を押印ください。

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。

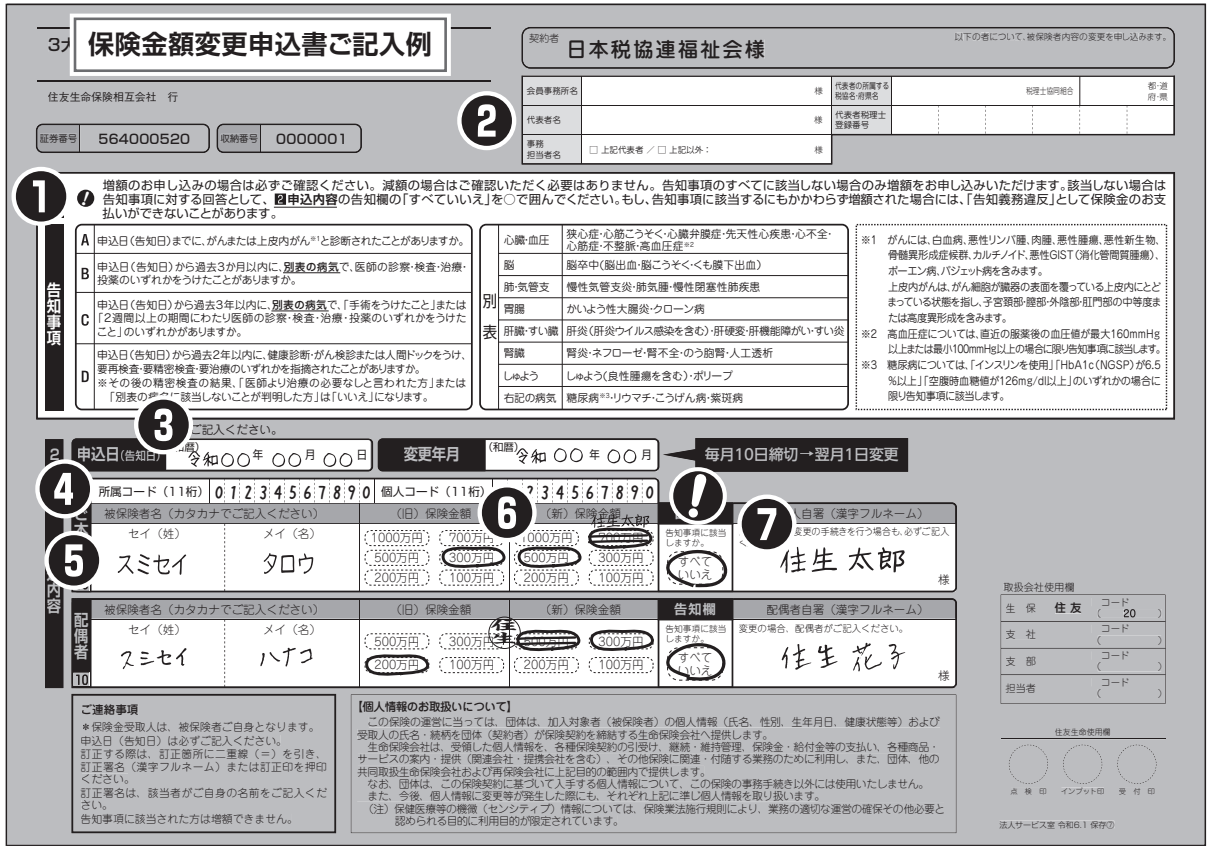
以下をご確認のうえ、告知事項のすべてに該当しない場合には、告知事項に対する回答として告知欄の すべていいえ を○で囲んでください。

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」には含みません。

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・投薬をうけ、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。
（実際の診療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



❶ 増額後に告知事項に該当しても同額もしくはそれ以下の保険金額で継続加入できます。

❷ 会員事務所名・代表者名・事務担当者名
必ずご記入ください。

❸ 申込日（告知日）
実際に申込書を記入した日（告知事項を確認した日）をご記入ください。

❹ 所属コード・個人コード
被保険者名簿より転記ください。

❺ 被保険者名
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。

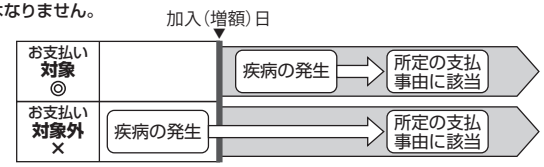
❻ 旧主契約保険金額と新主契約保険金額を○で囲んでください。
配偶者さまは、ご本人より高い保険金額はご加入できません。

❼ 自署
漢字フルネームでご署名ください。ご本人は配偶者のみの変更の手続きを行う場合も、必ずご署名ください。
配偶者は、増額の手続きを行う場合にご署名ください。
※ご本人と配偶者が同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。

3大疾病保険金をお支払いできない場合

・がん（悪性新生物）による3大疾病保険金のお支払いは、加入（増額）日から起算して90日経過した後に、生まれて初めて所定のがんと診断された場合に限ります。加入（増額）日から起算して90日以内に診断された場合や生まれて初めての所定のがんでない場合、お支払いの対象とはなりません（この場合、お申し出により契約を無効とできることがあります）。
・急性心筋梗塞・脳卒中による3大疾病保険金のお支払いは、所定の支払事由の原因となる疾病が加入（増額）日以後に生じた場合に限ります。原因となる疾病が加入（増額）日より前に生じていた場合は、お支払いの対象とはなりません。

（※）急性心筋梗塞・脳卒中の場合



3大疾病保障共済制度　保険金額変更申込書〈個人型〉

住友生命保険相互会社　行

証券番号	564000520	収納番号	0000001

契約者　日本税協連福祉会様

以下の者について、被保険者内容の変更を申し込みます。

会員事務所名	様	代表者の所属する税協名・府県名	税理士協同組合　都・道府・県
代表者名	様	代表者税理士登録番号	
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様		

1 告知事項

増額のお申し込みの場合は必ずご確認ください。減額の場合はご確認いただく必要はありません。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。該当しない場合は告知事項に対する回答として、**2申込内容**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増額された場合には、「告知義務違反」として保険金のお支払いができないことがあります。

A	申込日（告知日）までに、がんまたは上皮内がん※1と診断されたことがありますか。
B	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。
C	申込日（告知日）から過去3年以内に、**別表の病気**で、「手術をうけたこと」または「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」のいずれかがありますか。
D	申込日（告知日）から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。 ※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

別表	
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※2
脳	脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）
肺・気管支	慢性気管支炎・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
しゅよう	しゅよう（良性腫瘍を含む）・ポリープ
右記の病気	糖尿病※3・リウマチ・こうげん病・紫斑病

※1　がんには、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、カルチノイド、悪性GIST（消化管間質腫瘍）、ボーエン病、パジェット病を含みます。
上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮内にとどまっている状態を指し、子宮頸部・膣部・外陰部・肛門部の中等度または高度異形成を含みます。
※2　高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。
※3　糖尿病については、「インスリンを使用」「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 申込内容

必ずご記入ください。

申込日（告知日）（和暦）　年　月　日　　**変更年月**（和暦）　年　月　◀ **毎月10日締切→翌月1日変更**

所属コード（11桁）　　個人コード（11桁）

ご本人 00	被保険者名（カタカナでご記入ください）		（旧）保険金額	（新）保険金額	告知欄	ご本人自署（漢字フルネーム）
	セイ（姓）	メイ（名）	1000万円　700万円 500万円　300万円 200万円　100万円	1000万円　700万円 500万円　300万円 200万円　100万円	告知事項に該当しますか。 すべて　いいえ	配偶者のみの変更の手続きを行う場合も、必ずご記入ください。 様

配偶者 10	被保険者名（カタカナでご記入ください）		（旧）保険金額	（新）保険金額	告知欄	配偶者自署（漢字フルネーム）
	セイ（姓）	メイ（名）	500万円　300万円 200万円　100万円	500万円　300万円 200万円　100万円	告知事項に該当しますか。 すべて　いいえ	変更の場合、配偶者がご記入ください。 様

取扱会社使用欄

生保	住友　コード（20）
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　インプット印　受付印

法人サービス室 令和6.1 保存⑦

ご連絡事項

＊保険金受取人は、被保険者ご自身となります。
申込日（告知日）は必ずご記入ください。
訂正する際は、訂正箇所に二重線（＝）を引き、訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印を押印ください。
訂正署名は、該当者がご自身の名前をご記入ください。
告知事項に該当された方は増額できません。

【個人情報のお取扱いについて】

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、受領した個人情報を、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に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。

ご加入者の事項に関する諸変更手続き

変更通知書はP.20の用紙をコピーの上ご使用ください。

○変更・訂正が生じた場合は速やかに手続書類をご提出ください。
○所属変更の場合は毎月１０日迄に日本税協連福祉会事務局に到着した書類について、翌月１日より変更いたします。

変更通知書の記入要領

・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
・所属コード、個人コードは送付しております被保険者名簿にてご確認の上、転記ください。
・性別や生年月日の相違で訂正する場合には、掛金に変動を生じる場合があります。

①通知日

本通知書の記入日をご記入ください。

②会員事業所名・代表者名・事務担当者名

必ずご記入ください。

③所属コード・個人コード・家族区分

被保険者名簿より転記ください。

④被保険者名

氏名変更・訂正の場合は旧被保険者名をご記入ください。
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。

⑤変更年月

所属変更の場合のみご記入ください。
毎月10日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日変更です。

⑥変更事項記入欄

・該当の変更事項についてご記入ください。
・所属税協・代表者変更の場合は所属コード・個人コードが変更になります。新所属コード・新個人コードにつきましては、お問い合わせください。

変更通知書ご記入例

住友生命保険相互会社　行
証券番号564000520　　収納番号0000001

3大疾病保障共済制度　変更通知書〈個人型〉

（契約者）日本税協連福祉会様
以下のとおり、被保険者内容の変更を申し込みます。

① 通知日：（和暦）令和○○年○○月○○日

② 会員事務所名：東京一郎税理士事務所 様
代表者名：代表　東京一郎 様
代表者税理士登録番号：0 1 2 3 4 5
事務担当者名：□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様

③ （現在の）所属コード（11桁）：0 2 1 0 1 0 1 2 3 4 5
（旧）個人コード（11桁）：0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 7

④ （旧）被保険者名（カタカナでご記入ください）
セイ（姓）：トチギ　メイ（名）：ミカ
家族区分：0. 本人　1. 配偶者

⑤ 変更年月：（和暦）令和○○年 ○○月

⑥ 更箇所のみご記入ください。
①所属コード変更：（新）所属コード（11桁）
②個人コード変更：（新）個人コード（11桁）
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）　セイ（姓）：タナカ　メイ（名）：ミカ
④性別・生年月日訂正：性別　男　女　生年月日（和暦）　年　月　日
⑤その他

・被保険者名簿を見てご記入ください。
お願い
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。

【個人情報のお取扱いについて】　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、受領した個人情報を、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に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。

住友生命使用欄：点検印　インプット印　受付印

法人サービス室　令和6.1　保存⑩

住友生命保険相互会社　行
証券番号564000520　　収納番号0000001

3大疾病保障共済制度　変更通知書〈個人型〉

（契約者）日本税協連福祉会様

以下のとおり、被保険者内容の変更を申し込みます。

通知日	（和暦）　年　月　日

会員事務所名	様
代表者名	様
代表者税理士登録番号	
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様

（現在の）所属コード（11桁）

変更年月
（和暦）　年　月

（旧）個人コード（11桁）

（旧）被保険者名（カタカナでご記入ください）		家族区分
セイ（姓）	メイ（名）	0. 本人 1. 配偶者

変更箇所のみご記入ください。

①所属コード変更

（新）所属コード（11桁）

②個人コード変更

（新）個人コード（11桁）

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）	
セイ（姓）	メイ（名）

④性別・生年月日訂正

性別	生年月日
男 女	（和暦）　年　月　日

⑤その他

（　　）

- 被保険者名簿を見てご記入ください。

⚠ お願い

- 記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。

【個人情報のお取扱いについて】　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、受領した個人情報を、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に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。

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

法人サービス室　令和6.1　保存⑩

保険金のご請求

加入者が所定の3大疾病（がん（悪性新生物）、急性心筋梗塞、脳卒中）によってお支払いの要件に該当された場合は、
日本税協連福祉会事務局へご連絡ください。

1．保険金の受取人

・加入者（保障の対象となる方）自身

2．保険金の請求と代理請求

・保険金は、当会を通じて保険会社に請求します。

・加入者が、傷害または疾病により請求の意思表示ができない、疾病名の告知を受けていない等により保険金を請求できないときは、
代理請求人が加入者の代理人として保険金を請求できます。
代理請求人は請求時において所定の要件を満たす必要があります。

3．以下の事項を必ずご確認のうえ、日本税協連福祉会事務局へご連絡ください。ご請求手続きのご案内と必要書類を住友生命よりお届けします。

ご契約内容	病気の詳細内容
証券番号（564000520）	原因となった病名やその発病時期
被保険者番号または個人コード	手術日、手術名（手術を受けている場合）
被保険者（加入者）名	がん（悪性新生物）と診断された日

＊保険金が支払われない場合があります。（詳細はパンフレットを参照ください）

支払事由が発生して不明な点がある場合等は、保険金支払に際し、会員事務所・加入者・担当医等に状況を確認させていただくことがございます。

医療保障共済制度

１．制度の概要

・生命共済制度ご加入者を対象とした、保険料ご加入者（被保険者）負担の制度です。

・加入日以後の疾病、不慮の事故による傷害で５日以上の継続入院をされた場合、入院給付金をお支払いいたします。
（死亡保険金は一律１０万円）

・ご本人がご加入になれば、配偶者、お子さまもご加入いただけます。

・毎月１日付でのご加入が可能です。（加入月の前月１０日迄に書類を日本税協連福祉会事務局へご提出ください）
５月（更新月）の締切日に関しましてはパンフレット等でご確認ください。

２．ご加入にあたりご留意いただく点

・主契約の被保険者（ご本人）の対象は、生命共済制度ご加入者のみとなります。

・配偶者は、ご本人と同一戸籍に記載されていることが条件です。

・お子さまが加入される場合、加入資格のあるお子さまは全員ご加入ください。ただし、ご本人が加入する公的医療保険制度におけるご本人の被扶養者でかつご本人と同一戸籍に記載されているお子さまに限ります。

・配偶者、お子さまだけのご加入はできません。また、配偶者、お子さまはご本人より高い入院給付金日額にはご加入できません。

３．ご加入後の変更手続きについて

・ご加入者が医療保障共済制度をおやめになる場合、退職等の理由により脱退される場合には、脱退の手続きが必要となります。
（脱退の場合は脱退年月の前月２０日迄に書類を日本税協連福祉会事務局へご提出ください）
５月（更新月）の締切日に関しましてはパンフレット等でご確認ください。

・ご加入者が退職等の理由により生命共済制度を脱退される場合には、医療保障共済制度もあわせて脱退手続きが必要です。

・配偶者やお子さまがご本人と同一戸籍でなくなった場合や、お子さまが就職等の理由で、ご本人の公的医療保険制度の被扶養者でなくなった場合には、該当の方につき脱退のお手続きが必要です。

・ご本人が死亡、脱退となった場合には、配偶者、お子さまも自動的に脱退となります。

・入院給付金日額の変更は、年１回更新時（５月）のみお取り扱いいたします。

加入手続き

加入申込書はP.24の用紙をコピーの上ご使用ください。

○加入月の前月１０日迄に日本税協連福祉会事務局に書類が届くようにお手続きください。
○５月(更新月)の締切日は、令和6年3月31日です。

加入申込書の記入要領

・下記の記入要領をご参照のうえ、楷書でもれなくご記入ください。
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、**訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印**を押印ください。

①申込日（告知日）
実際に申込書を記入した日（告知事項を確認した日）をご記入ください。

②加入年月
毎月10日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日加入です。

③会員事業所名・代表者名・事務担当者名
必ずご記入ください。

④所属コード・被保険者番号
所属コードは生命共済制度に既に加入済みの方は、被保険者番号に生命共済制度の個人コードを被保険者名簿より転記ください。生命共済制度と同時にご加入の場合は空白で結構です。

⑤被保険者名
<u>カタカナ</u>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。

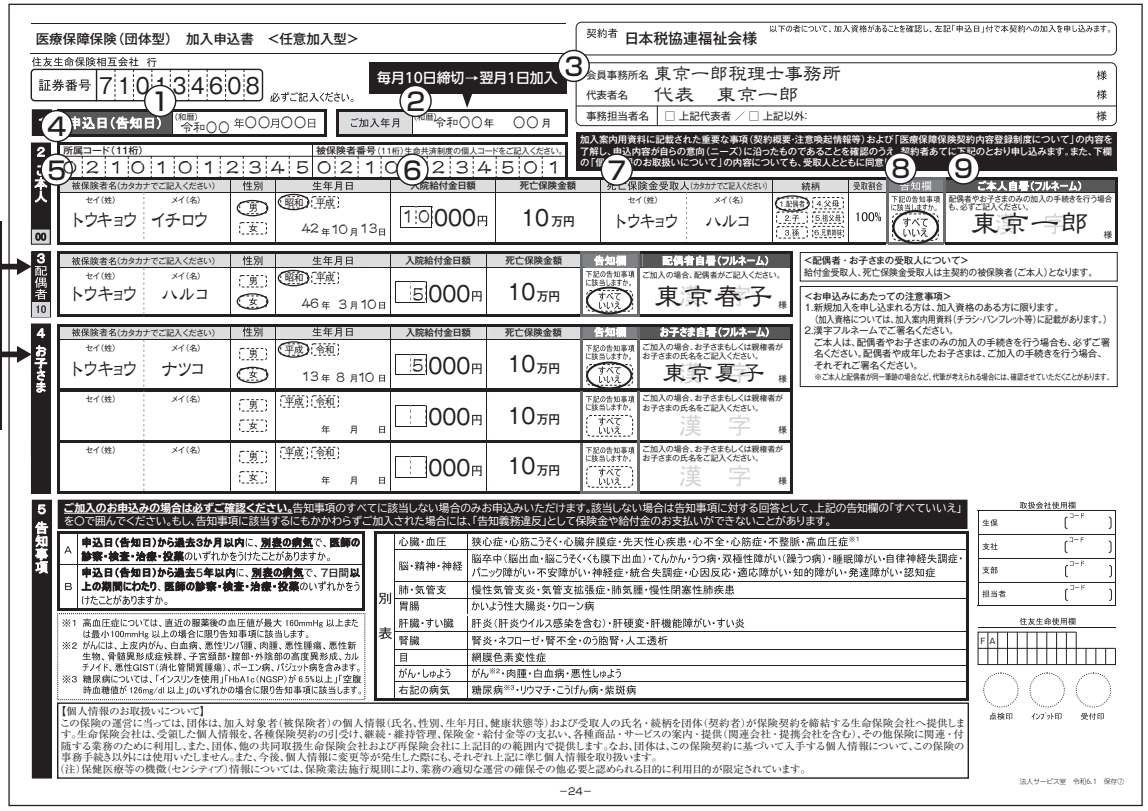
⑥入院給付金日額
パンフレットをご参照のうえ、入院給付金日額欄の□□000円にご希望の金額をご記入ください。

⑦死亡保険金受取人
カタカナでご記入のうえ、続柄を○で囲んでください。

⑧告知欄
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。
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告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。

⑨自署
漢字フルネームでご署名ください。
ご本人は、配偶者やお子さまのみの加入手続きを行う場合も、必ずご署名ください。
配偶者や成年したお子さまは、ご加入の手続きを行う場合、それぞれご署名ください。（お子さまが未成年の場合、親権者がお子さまの氏名をご記入ください。）
※ご本人と配偶者が同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。

加入申込書ご記入例



告知についての注意事項

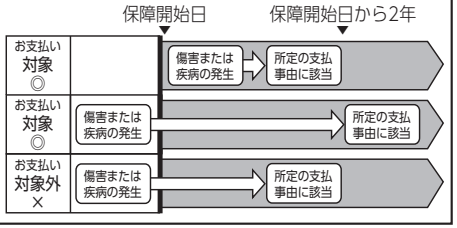
告知事項のすべてに該当しない場合のみ、ご加入をお申し込みいただけます。
以下をご確認のうえ、告知事項のすべてに該当しない場合には、告知事項に対する回答として告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。

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」には含みません。

②「7 日間以上の期間」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・投薬をうけ、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。（実際の診療日数ではありません。）
【例】・受診は２日であっても、その間が７日間以上の場合　・１回の受診で７日間以上の投薬をうけた場合

入院給付金等をお支払いできない場合

入院給付金および治療給付金のお支払いは、所定の支払事由の原因となる傷害または疾病が保障開始日以降に生じた場合に限ります。原因となる傷害または疾病が保障開始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。
ただし、保障開始日から起算して2年を経過した後に開始した入院は、保障開始日以後に生じた原因による入院とみなします。



医療保障保険（団体型）　加入申込書　＜任意加入型＞

住友生命保険相互会社　行

証券番号	7	1	0	1	3	4	6	0	8

必ずご記入ください。

毎月10日締切→翌月1日加入

契約者　**日本税協連福祉会様**

以下の者について、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。

会員事務所名	様
代表者名	様
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外: 様

加入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）および「医療保障保険契約内容登録制度について」の内容を了解し、申込内容が自らの意向（ニーズ）に沿ったものであることを確認のうえ、契約者あてに下記のとおり申し込みます。また、下欄の「個人情報のお取扱いについて」の内容についても、受取人とともに同意します。

1

申込日（告知日）	（和暦）　年　月　日	ご加入年月	（和暦）　年　月

2 ご本人 00

所属コード（11桁）	被保険者番号（11桁）生命共済制度の個人コードをご記入ください。

被保険者名（カタカナでご記入ください）	性別	生年月日	入院給付金日額	死亡保険金額	死亡保険金受取人（カタカナでご記入ください）	続柄	受取割合	告知欄	ご本人自署（フルネーム）
セイ（姓）　メイ（名）	男 女	昭和 平成　年　月　日	□□000円	10万円	セイ（姓）　メイ（名）	1.配偶者 2.子 3.孫 4.父母 5.祖父母 6.兄弟姉妹	100%	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	配偶者やお子さまのみの加入の手続きを行う場合も、必ずご記入ください。 漢字 様

3 配偶者 10

被保険者名（カタカナでご記入ください）	性別	生年月日	入院給付金日額	死亡保険金額	告知欄	配偶者自署（フルネーム）
セイ（姓）　メイ（名）	男 女	昭和 平成　年　月　日	□□000円	10万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	ご加入の場合、配偶者がご記入ください。 漢字 様

4 お子さま

被保険者名（カタカナでご記入ください）	性別	生年月日	入院給付金日額	死亡保険金額	告知欄	お子さま自署（フルネーム）
セイ（姓）　メイ（名）	男 女	平成 令和　年　月　日	□□000円	10万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	ご加入の場合、お子さまもしくは親権者がお子さまの氏名をご記入ください。 漢字 様
セイ（姓）　メイ（名）	男 女	平成 令和　年　月　日	□□000円	10万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	ご加入の場合、お子さまもしくは親権者がお子さまの氏名をご記入ください。 漢字 様
セイ（姓）　メイ（名）	男 女	平成 令和　年　月　日	□□000円	10万円	下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ	ご加入の場合、お子さまもしくは親権者がお子さまの氏名をご記入ください。 漢字 様

＜配偶者・お子さまの受取人について＞
給付金受取人、死亡保険金受取人は主契約の被保険者（ご本人）となります。

＜お申込みにあたっての注意事項＞
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。
（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.漢字フルネームでご署名ください。
ご本人は、配偶者やお子さまのみの加入の手続きを行う場合も、必ずご署名ください。配偶者や成年したお子さまは、ご加入の手続きを行う場合、それぞれご署名ください。
※ご本人と配偶者が同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。

5 告知事項

ご加入のお申込みの場合は必ずご確認ください。告知事項のすべてに該当しない場合のみお申込みいただけます。該当しない場合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5年以内**に、**別表の病気**で、**7日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。

別表		
	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・双極性障がい（躁うつ病）・睡眠障がい・自律神経失調症・パニック障がい・不安障がい・神経症・統合失調症・心因反応・適応障がい・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・白血病・悪性しゅよう
	右記の病気	糖尿病※3・リウマチ・こうげん病・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 以上または最小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、子宮頚部・膣部・外陰部の高度異形成、カルチノイド、悪性GIST（消化管間質腫瘍）、ボーエン病、パジェット病を含みます。
※3　糖尿病については、「インスリンを使用」「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。

【個人情報のお取扱いについて】
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、受領した個人情報を、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に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。

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（　）

住友生命使用欄

F	A																

点検印　インプット印　受付印

法人サービス室　令和6.1　保存⑦

脱退の手続き

脱退通知書はP.26の用紙をコピーの上ご使用ください。

○毎月１日付にて、退職等による脱退（掛金払込停止）のお手続きが可能です。
○脱退年月の前月２０日迄に、日本税協連福祉会事務局に書類が到着するようにお手続きください。
５月(更新月)の締切日は、令和6年3月31日です。
書類のご提出が遅れますとご希望の脱退年月で手続きできません。お早めに書類をご提出いただきますようお願いいたします。

脱退通知書の記入要領

・退職日または死亡日の翌月が脱退年月となります。
(例) 3月31日で退職の方は脱退年月は4月　→　3月20日までに書類到着が必要です。
・ご加入者が死亡により脱退となる場合は、必ず死亡日をご記入ください。(追って保険金請求書類をご案内いたします。)
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝(二重線)を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名(フルネーム)または訂正印**を押印ください。
・所属コード、被保険者番号は送付しております被保険者名簿にてご確認の上、転記ください。

①所属コード・被保険者番号・家族区分・こども番号

被保険者名簿より転記ください。
家族区分が「こども」の場合はこども番号をご記入ください。
(被保険者番号は生命共済の個人コードと同一のものになります。)

②通知日

本通知書の記入日をご記入ください。

③会員事業所名・代表者名・事務担当者名

必ずご記入ください。

④被保険者名

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。

⑤脱退年月

毎月20日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日脱退です。

⑥死亡日

脱退理由が「死亡」のときは、死亡日をご記入ください。
※日本税協連福祉会事務局宛に事務所閉鎖のご連絡をいただいても、
掛金払込停止にはなりません。必ず脱退通知書をご提出願います。

⑦その他留意事項

・次の場合には速やかに脱退のお手続きをおとりください。
a)ご加入者が死亡・退職されたとき。
b)ご本人が日本税協連福祉会生命共済制度から脱退されたとき。
c)配偶者・お子さまについて、ご本人と同一の戸籍でなくなったとき。
お子さまが就職等の理由によりご本人の公的医療保険制度における被扶養者でなくなったとき。(資格喪失)
・お子さまが資格喪失以外で脱退される場合、すべてのお子さまについて脱退手続きをおとりください。

脱退通知書ご記入例

住友生命保険相互会社　行
証券番号710134608

医療保障保険(団体型)　脱退通知書
<生命共済制度の脱退通知書は、4ページにあります。>

(契約者)日本税協連福祉会様
下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

② 通知日	(和暦) 令和○○年○○月○○日

① 所属コード(11桁): 0 2 1 0 1 0 1 2 3 4 5

脱退年月の前月20日締切
(締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。)

※ご注意ください!
例) 5/1～31までの退職の方は、脱退年月は令和6年6月です。
前月20日の提出期限を過ぎた場合は、脱退年月は7月になります。

③

会員事務所名	東京一郎税理士事務所 様
代表者名	代表　東京一郎 様
代表者税理士登録番号	0 1 2 3 4 5
事務担当者名	□上記代表者／□上記以外:　様

① 被保険者番号(11桁)	④ 被保険者名(カタカナでご記入ください) セイ(姓)	メイ(名)	① 家族区分(いずれか○)	① こども番号	⑤ 脱退年月 ※死亡のときは記入不要です。	⑥ 死亡日 ※死亡のときは死亡日(和暦)をご記入ください。
0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 4	ツキジ	ジロウ	0.本人 1.配偶者 2.お子さま		(和暦) 令和○○ 年 4 月	(和暦) 年 月 日
0 2 1 0 1 2 3 4 5 0 5	オオサカ	ツグオ	0.本人 1.配偶者 2.お子さま		(和暦) 年 月	(和暦) 令和○○ 年 2 月 25 日
			0.本人 1.配偶者 2.お子さま		(和暦) 年 月	(和暦) 年 月 日
			0.本人 1.配偶者 2.お子さま		(和暦) 年 月	(和暦) 年 月 日
			0.本人 1.配偶者 2.お子さま		(和暦) 年 月	(和暦) 年 月 日

書類締切の基準
脱退年月の**前月20日**日本税協連福祉会必着です。

例

書類受付日	脱退年月
5月20日	6月
5月21日	7月

・**5月(更新月)**の締切日は、令和6年3月31日です。
・締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。
・脱退年月の1日が脱退日となります。
・死亡の場合は死亡日をご記入ください。(脱退年月は死亡日の翌月となります。)

・被保険者名簿を見てご記入ください。
⚠ お願い
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝(二重線)を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名(フルネーム)または訂正印**を押印ください。

住友生命使用欄

点検印	インプット印	受付印

法人サービス室　令和6.1　保存版

−26−

住友生命保険相互会社　行
証券番号710134608

医療保障保険（団体型）　脱退通知書

<生命共済制度の脱退通知書は、4ページにあります。>

（契約者）日本税協連福祉会様
以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

通知日	（和暦）　年　月　日

所属コード（11桁）

脱退年月の前月20日締切

（締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。）

※ご注意ください!
例）5/1～31までの退職の方は、脱退年月は令和6年6月です。
前月20日の提出期限を過ぎた場合は、脱退年月は7月になります。

会員事務所名	様
代表者名	様
代表者税理士登録番号	
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様

被保険者番号（11桁）	被保険者名（カタカナでご記入ください）		家族区分（いずれかに○）	こども番号	脱退年月 ※死亡のときは記入不要です。	死亡日 ※死亡のときは死亡日（和暦）をご記入ください。
	セイ（姓）	メイ（名）	0.本人 1.配偶者 2.お子さま		（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	0.本人 1.配偶者 2.お子さま		（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	0.本人 1.配偶者 2.お子さま		（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	0.本人 1.配偶者 2.お子さま		（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日
	セイ（姓）	メイ（名）	0.本人 1.配偶者 2.お子さま		（和暦）　年　月	（和暦）　年　月　日

書類締切の基準

脱退年月の**前月20日**日本税協連福祉会必着です。

例

書類受付日	脱退年月
5月20日	6月
5月21日	7月

- **5月（更新月）**の締切日は、令和6年3月31日です。
- 締切後のご提出の場合は脱退年月を繰り下げます。
- 脱退年月の1日が脱退日となります。
- 死亡の場合は死亡日をご記入ください。（脱退年月は死亡日の翌月となります。）

- 被保険者名簿を見てご記入ください。

⚠ お願い

- 記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

法人サービス室　令和6.1　保存⑩

ご加入者の事項に関する諸変更手続き

変更通知書はP.28の用紙をコピーの上ご使用ください。

○変更・訂正が生じた場合は速やかに手続書類をご提出ください。
○所属変更の場合は毎月１０日迄に日本税協連福祉会事務局に到着した書類について、翌月１日より変更いたします。

変更通知書の記入要領

・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
⑤新死亡保険金受取人欄は**被保険者の訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印**を押印ください。
・所属コード、被保険者番号は送付しております被保険者名簿にてご確認の上、転記ください。
・性別や生年月日の相違で訂正する場合には、掛金に変動を生じる場合があります。

①通知日

本通知書の記入日をご記入ください。
死亡保険金受取人の変更は、当通知書が保険会社に到着した時点で、通知を発信した日（通知日）にさかのぼって効力が生じます。

②会員事業所名・代表者名・事務担当者名

必ずご記入ください。

③所属コード・被保険者番号・家族区分・こども番号

被保険者名簿より転記ください。
家族区分が「こども」の場合はこども番号をご記入ください。
（被保険者番号は生命共済の個人コードと同一のものになります。）

④被保険者名

氏名変更・訂正の場合は旧被保険者名をご記入ください。
<u>カタカナ</u>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。

⑤変更年月

所属変更の場合のみご記入ください。
毎月10日迄に日本税協連福祉会事務局に到着分は翌月1日変更です。

⑥変更事項記入欄

・該当の変更事項についてご記入ください。
・配偶者、お子さまの給付金受取人・死亡保険金受取人は主契約の被保険者（ご本人）となります。
・所属税協・代表者変更の場合は所属コード・個人コードが変更になります。新所属コード・新個人コードにつきましては、お問い合わせください。

変更通知書ご記入例

住友生命保険相互会社　行
証券番号710134608

医療保障保険（団体型）　変更通知書

（契約者）日本税協連福祉会様
以下のとおり、被保険者内容の変更を申し込みます。

〈ご契約者へのお願い〉
右記の「通知日」については、ご契約者にて必ずご記入ください。
死亡保険金受取人の変更は、当通知書が保険会社に到着した時点で、通知を発信した日（通知日）にさかのぼって効力が生じます。

①
通知日	（和暦）令和○○年○○月○○日

②
会員事務所名	東京一郎税理士事務所 様
代表者名	代表　東京一郎 様
代表者税理士登録番号	０１２３４５
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様

③
（現在の）所属コード（11桁）
０２１０１０１２３４５

（旧）被保険者番号（11桁）
０２１０１２３４５０７

④
（旧）被保険者名（カタカナでご記入ください）		家族区分	こども番号
セイ（姓）	メイ（名）		
トチギ	ミカ	0. 本人 1. 配偶者 2. お子さま	

⑤
変更年月
（和暦）令和○○年○○月

⑥
変更箇所のみご記入ください。

①所属コード変更
（新）所属コード（11桁）

②被保険者番号変更
（新）被保険者番号（11桁）

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）	
セイ（姓）	メイ（名）
タナカ	ミカ

④性別・生年月日訂正
性別	生年月日
男 女	（和暦）　年　月　日

⑥その他
（　　）

⑤死亡保険金受取人の変更　「死亡保険金受取人の変更」の場合、必ず被保険者ご本人が下欄をご記入のうえ、署名してください。

死亡保険金受取人の変更（本人分のみ）	新　死亡保険受取人（受取割合100%）（カタカナでご記入ください）		続柄	被保険者自署（フルネーム）	
	セイ（姓）	メイ（名）	1.配偶者 4.父母 2.子 5.祖父母 3.孫 6.その他	漢　字	死亡保険金受取人を左記内容に変更します。なお、下欄の「個人情報のお取扱いについて」の内容についても、受取人とともに同意します。

<死亡保険金受取人の変更日について>
死亡保険金受取人の変更は、当通知書が保険会社に到着した時点で、ご契約者（団体）が通知を発信した日（通知日）にさかのぼって効力が生じます。

・被保険者名簿を見てご記入ください。
⚠ お願い　・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
⑤新死亡保険金受取人欄は**被保険者の訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印**を押印ください。

【個人情報のお取扱いについて】 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、受領した個人情報を、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に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。

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

法人サービス室　令和6.1　保存②

住友生命保険相互会社　行

証券番号710134608

医療保障保険（団体型）　変更通知書

（契約者）日本税協連福祉会様

以下のとおり、被保険者内容の変更を申し込みます。

通知日	（和暦）　年　月　日

〈ご契約者へのお願い〉
右記の「通知日」については、ご契約者にて必ずご記入ください。
死亡保険金受取人の変更は、当通知書が保険会社に到着した時点で、通知を発信した日（通知日）にさかのぼって効力が生じます。

会員事務所名	様
代表者名	様
代表者税理士登録番号	
事務担当者名	□ 上記代表者 ／ □ 上記以外：　様

（現在の）所属コード（11桁）

変更年月
（和暦）　年　月

（旧）被保険者番号（11桁）

（旧）被保険者名（カタカナでご記入ください）		家族区分	こども番号
セイ（姓）	メイ（名）	0. 本人 1. 配偶者 2. お子さま	

変更箇所のみご記入ください。

①所属コード変更

（新）所属コード（11桁）

②被保険者番号変更

（新）被保険者番号（11桁）

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）	
セイ（姓）	メイ（名）

④性別・生年月日訂正

性別	生年月日
男 女	（和暦）　年　月　日

⑥その他

⑤死亡保険金受取人の変更　「死亡保険金受取人の変更」の場合、必ず被保険者ご本人が下欄をご記入のうえ、署名してください。

	新　死亡保険受取人（受取割合100%）（カタカナでご記入ください）		続柄	被保険者自署（フルネーム）	
死亡保険金受取人の変更（本人分のみ）	セイ（姓）	メイ（名）	1.配偶者　4.父母 2.子　5.祖父母 3.孫　6.兄弟姉妹	漢　字	死亡保険金受取人を左記内容に変更します。なお、下欄の「個人情報のお取扱いについて」の内容についても、受取人とともに同意します。

<死亡保険金受取人の変更日について>
死亡保険金受取人の変更は、当通知書が保険会社に到着した時点で、ご契約者（団体）が通知を発信した日（通知日）にさかのぼって効力が生じます。

・被保険者名簿を見てご記入ください。

⚠ お願い
・記入事項を訂正または抹消されるときは、＝（二重線）を引いて、必ず**事業所事務担当者様の訂正署名（フルネーム）または訂正印**を押印ください。
⑤新死亡保険金受取人欄は**被保険者の訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印**を押印ください。

【個人情報のお取扱いについて】　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、受領した個人情報を、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に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。

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

法人サービス室　令和6.1　保存⑦

死亡保険金・入院給付金のご請求

ご加入者がお亡くなりになった場合や５日以上継続して入院された場合には、速やかに日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。必要な書類及び手続方法についてご案内いたします。

○ご加入者死亡の場合

・死亡日及び死亡の原因（病気か事故か）を日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。

・死亡保険金請求手続きには、死亡診断書や戸籍書類等が必要となります。

・配偶者、お子さまの死亡保険金受取人は主契約の被保険者（ご本人）となります。

・掛金の払込停止を行うため、先に脱退通知書をご提出ください。

○ご加入者が５日以上継続して入院した場合

・入院期間を日本税協連福祉会事務局にご連絡ください。

・入院給付金請求には、入院証明書等が必要となります。

・すべての入院給付金の受取人は主契約の被保険者（ご本人）となります。

＊死亡保険金・入院給付金が支払われない場合があります。（詳細はパンフレットを参照ください）

支払事由が発生して不明な点がある場合等は、死亡保険金・入院給付金支払に際し、会員事務所・加入者・ご遺族（家族）・担当医等に状況を確認させていただくことがございます。

掛金の振替

○掛金の振替は、毎月２７日（土日祝祭日の場合翌営業日）となります。
○掛金の振替は収納代行会社「株式会社シーエスエス（略称CSS）」に委託し、ご指定の金融機関口座から自動振替となります。

掛金振替に際しご留意いただく点

○掛金が振替できなかった場合の取扱い

・口座残高不足等により掛金の振替ができなかった場合には、翌月２７日（土日祝祭日の場合は翌営業日）に２カ月分の掛金の振替を行います。
・翌月に２カ月分の振替ができない場合には、掛金の未入金月の１日に遡って自動的に本制度から脱退となり保障はなくなりますので十分ご注意ください。なお一旦ご契約が失効しますと、失効日以降の保険事故について、たとえその原因が猶予期間内やそれ以前に発生していても、保険金・給付金のお支払いができなくなりますのでご注意ください。
（例）５月・６月続けて振替できなかった場合、５月１日での脱退となり保障は４月末日までとなります。

○掛金（保険料）について

・会員事務所の口座より一括して振替いたします。

○口座の変更について

・口座の変更は毎月可能ですが、毎月１０日までにご提出いただいた分について、翌月の振替から変更となります。
変更の必要がある場合には、お早めにお手続きいただきますようお願いいたします。

＜シーエスエス令和6年度振替日程＞

掛金充当年月		振替日
令和6年	5月	5月27日（月）
	6月	6月27日（木）
	7月	7月29日（月）
	8月	8月27日（火）
	9月	9月27日（金）
	10月	10月28日（月）
	11月	11月27日（水）
	12月	12月27日（金）
令和7年	1月	1月27日（月）
	2月	2月27日（木）
	3月	3月27日（木）
	4月	4月28日（月）

日本税協連福祉会 保険年齢早見表

（令和6年5月1日 ～ 令和7年4月1日 加入の場合）

保険年齢	生 年 月 日
80 歳	昭 18 年 11 月 2 日 ～ 昭 19 年 11 月 1 日
79	昭 19 年 11 月 2 日 ～ 昭 20 年 11 月 1 日
78	昭 20 年 11 月 2 日 ～ 昭 21 年 11 月 1 日
77	昭 21 年 11 月 2 日 ～ 昭 22 年 11 月 1 日
76	昭 22 年 11 月 2 日 ～ 昭 23 年 11 月 1 日
75 歳	昭 23 年 11 月 2 日 ～ 昭 24 年 11 月 1 日
74	昭 24 年 11 月 2 日 ～ 昭 25 年 11 月 1 日
73	昭 25 年 11 月 2 日 ～ 昭 26 年 11 月 1 日
72	昭 26 年 11 月 2 日 ～ 昭 27 年 11 月 1 日
71	昭 27 年 11 月 2 日 ～ 昭 28 年 11 月 1 日
70 歳	昭 28 年 11 月 2 日 ～ 昭 29 年 11 月 1 日
69	昭 29 年 11 月 2 日 ～ 昭 30 年 11 月 1 日
68	昭 30 年 11 月 2 日 ～ 昭 31 年 11 月 1 日
67	昭 31 年 11 月 2 日 ～ 昭 32 年 11 月 1 日
66	昭 32 年 11 月 2 日 ～ 昭 33 年 11 月 1 日
65 歳	昭 33 年 11 月 2 日 ～ 昭 34 年 11 月 1 日
64	昭 34 年 11 月 2 日 ～ 昭 35 年 11 月 1 日
63	昭 35 年 11 月 2 日 ～ 昭 36 年 11 月 1 日
62	昭 36 年 11 月 2 日 ～ 昭 37 年 11 月 1 日
61	昭 37 年 11 月 2 日 ～ 昭 38 年 11 月 1 日
60 歳	昭 38 年 11 月 2 日 ～ 昭 39 年 11 月 1 日
59	昭 39 年 11 月 2 日 ～ 昭 40 年 11 月 1 日
58	昭 40 年 11 月 2 日 ～ 昭 41 年 11 月 1 日
57	昭 41 年 11 月 2 日 ～ 昭 42 年 11 月 1 日
56	昭 42 年 11 月 2 日 ～ 昭 43 年 11 月 1 日

保険年齢	生 年 月 日
55 歳	昭 43 年 11 月 2 日 ～ 昭 44 年 11 月 1 日
54	昭 44 年 11 月 2 日 ～ 昭 45 年 11 月 1 日
53	昭 45 年 11 月 2 日 ～ 昭 46 年 11 月 1 日
52	昭 46 年 11 月 2 日 ～ 昭 47 年 11 月 1 日
51	昭 47 年 11 月 2 日 ～ 昭 48 年 11 月 1 日
50 歳	昭 48 年 11 月 2 日 ～ 昭 49 年 11 月 1 日
49	昭 49 年 11 月 2 日 ～ 昭 50 年 11 月 1 日
48	昭 50 年 11 月 2 日 ～ 昭 51 年 11 月 1 日
47	昭 51 年 11 月 2 日 ～ 昭 52 年 11 月 1 日
46	昭 52 年 11 月 2 日 ～ 昭 53 年 11 月 1 日
45 歳	昭 53 年 11 月 2 日 ～ 昭 54 年 11 月 1 日
44	昭 54 年 11 月 2 日 ～ 昭 55 年 11 月 1 日
43	昭 55 年 11 月 2 日 ～ 昭 56 年 11 月 1 日
42	昭 56 年 11 月 2 日 ～ 昭 57 年 11 月 1 日
41	昭 57 年 11 月 2 日 ～ 昭 58 年 11 月 1 日
40 歳	昭 58 年 11 月 2 日 ～ 昭 59 年 11 月 1 日
39	昭 59 年 11 月 2 日 ～ 昭 60 年 11 月 1 日
38	昭 60 年 11 月 2 日 ～ 昭 61 年 11 月 1 日
37	昭 61 年 11 月 2 日 ～ 昭 62 年 11 月 1 日
36	昭 62 年 11 月 2 日 ～ 昭 63 年 11 月 1 日
35 歳	昭 63 年 11 月 2 日 ～ 平 1 年 11 月 1 日
34	平1年 11 月 2 日 ～ 平 2 年 11 月 1 日
33	平2年 11 月 2 日 ～ 平 3 年 11 月 1 日
32	平3年 11 月 2 日 ～ 平 4 年 11 月 1 日
31	平4年 11 月 2 日 ～ 平 5 年 11 月 1 日

保険年齢	生 年 月 日
30 歳	平 5 年 11 月 2 日 ～ 平 6 年 11 月 1 日
29	平 6 年 11 月 2 日 ～ 平 7 年 11 月 1 日
28	平 7 年 11 月 2 日 ～ 平 8 年 11 月 1 日
27	平 8 年 11 月 2 日 ～ 平 9 年 11 月 1 日
26	平 9 年 11 月 2 日 ～ 平 10 年 11 月 1 日
25 歳	平 10 年 11 月 2 日 ～ 平 11 年 11 月 1 日
24	平 11 年 11 月 2 日 ～ 平 12 年 11 月 1 日
23	平 12 年 11 月 2 日 ～ 平 13 年 11 月 1 日
22	平 13 年 11 月 2 日 ～ 平 14 年 11 月 1 日
21	平 14 年 11 月 2 日 ～ 平 15 年 11 月 1 日
20 歳	平 15 年 11 月 2 日 ～ 平 16 年 11 月 1 日
19	平 16 年 11 月 2 日 ～ 平 17 年 11 月 1 日
18	平 17 年 11 月 2 日 ～ 平 18 年 11 月 1 日
17	平 18 年 11 月 2 日 ～ 平 19 年 11 月 1 日
16	平 19 年 11 月 2 日 ～ 平 20 年 11 月 1 日
15 歳	平 20 年 11 月 2 日 ～ 平 21 年 11 月 1 日