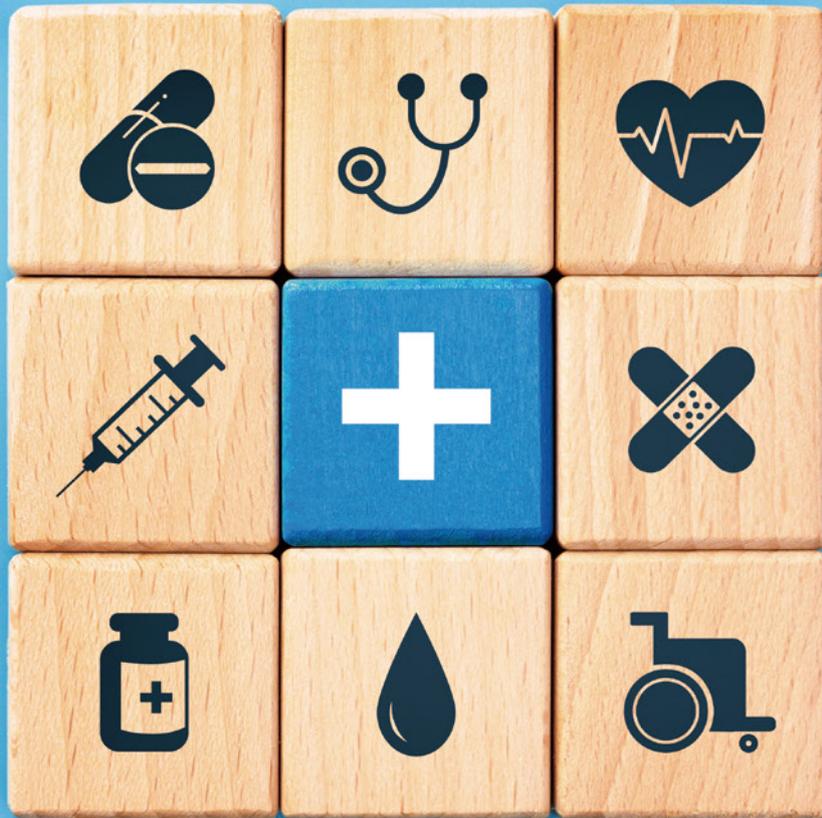




生命医療共済(シニア選択緩和型)

青色シニアガード

掛金は**所得控除対象**



病気・がん・ケガの保障

Point

1

医療保障に重点を置いた
シニアのための共済制度

Point

2

治療中や投薬中でも加入可能!!
ご加入しやすい簡単な健康告知

Point

3

満85歳まで保障
加入年齢は
満60歳～満75歳

Point

4

掛金は年齢・性別に関係なく
一律3,200円(月額)

一般社団法人 神奈川県青色申告会連合会

青色申告会

一般社団法人 **みどり青色申告会**

〒227-0064 横浜市青葉区田奈町13-17

TEL.045-989-5011

引受共済団体

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)

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

詳しくは裏面をご覧ください!!

掛金は『生命保険料控除(介護医療保険料等)』として 課税対象所得から控除できます。(経費処理する 場合を除く)

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**

がんによる入院の場合

		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】
入院給付金 + がん入院給付金	初期入院 (1日目～6日目)	日額 10,000円 (5,000円+5,000円)	日額 8,000円 (4,000円+4,000円)	日額 5,000円 (2,500円+2,500円)
	継続入院 (7日目以降)	日額 7,000円 (3,500円+3,500円)	日額 4,000円 (2,000円+2,000円)	日額 3,000円 (1,500円+1,500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)・ケガによる入院の場合

入院 給付金	初期入院 (1日目～6日目)	日額 5,000円	日額 4,000円	日額 2,500円
	継続入院 (7日目以降)	日額 3,500円	日額 2,000円	日額 1,500円

死亡した場合

死亡弔慰金	100,000円	50,000円	30,000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(福祉共済)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)のご契約に際して福祉共済へご加入いただくこととなります。この場合、共済掛金とは別に出資金10口1,000円以上(出資金は1口100円で、最低10口以上、払込みは組合加入時のみ)が必要となります。

詳しいご案内はこちら！

【個人情報の取扱い】神奈川県福祉共済協同組合の共済募集・管理に必要な範囲内でのみ利用いたします。また、法令等に基づく場合を除き、ご本人の同意なく第三者には提供いたしません。

神奈川県福祉共済協同組合(福祉共済)より「青色シニアガード」のご案内をさせていただきます。ご希望の場合には、**【個人情報の取扱い】**をご確認のうえ、下記に必要事項をご記入いただき、**FAX**または**青色申告会窓口**にご提出ください。

フリガナ	〒	—
お名前	ご住所	
お電話	—	—

<みどり青色申告会事務局使用欄>

受付日	受付者	<input type="checkbox"/> 加入希望 <input type="checkbox"/> 資料請求 <input type="checkbox"/> 連絡のみ
-----	-----	---

↓ **福祉共済 宛** **FAX 045-228-0779** ↓