

生命医療共済(シニア選択緩和型)

新登場

# シニア 共済

シニア世代の医療保障に重点を  
おいた共済制度！

## ●満85歳まで継続保障！

満60歳～満85歳まで保障します。  
(ご加入いただける年齢は満75歳まで)  
年齢・性別に関係ない一律掛金です。

## ●緩和型の健康告知！

継続的に治療を受けている方や、  
投薬中の方もご加入いただきやすい  
緩和型の健康告知を採用しています。

## ●がん入院は上乗せ給付！

がんによる入院の場合は、  
通常の入院給付金にさらに上乗せして  
お支払いします。

## ●公的保険では対象とならない がん先進医療をお支払い！

所定の医療機関でがん先進医療を受け  
られた場合、公的保険では対象となら  
ない実費負担分をお支払いします。



共済掛金  
月々**3,200円**

万一の時は迅速な支払い！  
共済だから安心！

組合員  
相談室

- ご契約者名・住所など  
ご契約内容の変更
- 共済金の請求

広島県共済組合員相談室まで  
ご連絡ください。

フリーダイヤル  
**0120-708030**



■お申し込み・お問い合わせは

■共済引受組合



共済だから安心

**広島県共済**

広島県中小企業共済協同組合  
〒730-0048 広島市中区竹屋町4-17  
<http://www.kyosai.or.jp>

広島県共済組合員相談室

0120-708030

# シニア 共済

●新規加入年齢：満60歳～満75歳(満85歳までご継続いただけます)

	保障内容		
	[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 (初期入院)	5,000円 (1日～6日)	4,000円 (1日～6日)	2,500円 (1日～6日)
入院給付金 (継続入院) (※1)	3,500円 (7日～50日)	2,000円 (7日～50日)	1,500円 (7日～30日)
がん入院給付金 (初期入院)	5,000円 (1日～6日)	4,000円 (1日～6日)	2,500円 (1日～6日)
	がん入院給付金 (継続入院) (※1)	3,500円 (7日～50日)	2,000円 (7日～50日)
がん先進医療 給付金	最高300万円	最高200万円	最高100万円
死亡弔慰金	10万円	5万円	3万円

(※1)初期入院と合算して50日分(満75歳以上の場合は30日分)を限度とします。

## 共済金の お支払いについて

- 死亡弔慰金および入院給付金：初年度責任開始日からその日を含めて180日目までに死亡および入院された場合、共済金は半額に減額してお支払いします。
- がん入院給付金およびがん先進医療給付金：初年度責任開始日からその日を含めて180日目までに開始したがん入院およびがん先進医療による療養については、共済金のお支払いはできません。
- 入院給付金およびがん入院給付金について、退院日の翌日からその日を含めて180日以内に、その入院と同一の原因または直接の関係がある原因により被共済者が入院した場合、これらの入院は1回の入院とみなして共済金をお支払いします。

## ご加入に際して

- 共済掛金：月々3,200円
- ご加入年齢および満了年齢：満60歳以上満75歳以下。ただし、満85歳の誕生日の属する月の末日までご継続いただけます。
- ご加入制限：被共済者1人あたり一口とします。
- 共済金のお支払い：共済金受取人はご契約者または被共済者となります。他の保険・共済による給付や労災認定の有無に係らずお支払いします。
- 共済掛金の払込方法：ご契約者の口座から自動引落し。お申込み月の翌月27日より毎月引落します。
- 共済責任開始日：共済責任開始日は加入申込日の属する月の翌月1日午前零時から始まります。
- 共済期間および契約の更新：共済期間は1年間です。ただし、共済期間満了の日から2週間前までに特にお申し出のない限り、自動継続となります。
- 組合員資格および出資金：広島県内で事業を実施されている方は当組合の組合員資格があります。組合員資格のある方で、当組合を初めてご利用になる方は出資金300円(3口分)以上をお預りします。組合員資格のない方は一定の範囲内で員外利用していただくことができます。(出資金は不要です。)
- 組合と連帯して共済責任を負う者：中小企業福祉共済協同組合連合会(中済連)

「シニア共済」についてのご相談はお気軽にお問い合わせください。

●お電話の方は広島県共済組合員相談室  フリーダイヤル 0120-708030

FAXの方は必要事項をご記入のうえ、送信してください。

氏名	事業所名	担当者
住所	電話番号 ( )	-
<input type="checkbox"/> 相談したい <input type="checkbox"/> 加入したい    月   日   午前・午後   時頃 説明に来てほしい		

(お客様の個人情報について) ご記入いただいた個人情報は、資料・見積書の作成および発送を行うために活用するほか、各種共済制度・サービスのご案内に利用させていただきます。

**FAX:0120-358030**