

新しい 生命医療共済

満60歳まで保障

(加入は満15歳から満59歳の方)

先進医療
保障

も

がん診断
一時金

も

がんによる
入院

も

病気ケガ
の入院

も

更に死亡弔慰金も

ミドル健康告知型

共済掛金

月額 **2,500**円

保障の内容

共済金の種類	共済金額【満15歳～満60歳】
死亡弔慰金	500,000 円
入院給付金(注1)	日額 5,000 円
がん入院給付金(注1)	入院給付金+日額 5,000 円
先進医療給付金(注2)	1共済期間中 3,000,000 円 (通算10,000,000円)
がん診断一時金(注3)	500,000 円
がん先進医療一時金(注4)	1共済期間中 300,000 円 (通算1,000,000円)

満60歳からは…
生命医療共済
『シニア共済』
月額3,200円
へのご加入を
おすすめします。

たとえば…
がん先進医療3,000,000円
(通算10,000,000円)
がん入院
1日10,000円など

(注1) 1回の入院に対する給付日数は、50日を限度とし、全共済期間を通じた通算給付限度日数は500日を限度とします。

(注2) 先進医療給付金は、治療を目的として、先進医療による療養を受けた場合、先進医療にかかる技術料の額(1共済期間中の給付限度額は300万円)とし、継続契約を含めた全共済期間を通じ、通算1,000万円を給付限度額とします。

(注3) がん診断一時金は、がん保障開始日後にはじめてがんの診断を受けた場合に全共済期間を通じて1回を限度にお支払いします。

(注4) がん診断一時金給付を受けた翌共済期間後に、がん治療を目的として、がん先進医療による療養を受けた場合、がん先進医療にかかる技術料の10%に相当する額(1共済期間中の給付限度額は30万円)とし、全共済期間を通じて100万円を給付限度額とします。

ご加入の際には【健康告知】が必要となります。詳しくはお問い合わせください。

現在、持病で薬を飲んでいても【ミドル選択緩和型】はご加入しやすくなっています。保障内容につきましては、裏面をご覧ください。

長野県福祉共済協同組合

長野県長野市大字中御所字岡田131-10

フリーダイヤル 0120-86-9431

お問い合わせは

ミドル選択緩和型

共済掛金

月額 **3,000円**

保障の内容

共済金の種類	共済金額【満30歳～満60歳】
死亡弔慰金	500,000円
入院給付金(注1)	日額 5,000円
がん入院給付金(注1)	入院給付金+日額 5,000円
先進医療給付金(注2)	1共済期間中 3,000,000円 (通算10,000,000円)

満60歳からは…
生命医療共済
『シニア共済』
へのご加入を
おすすめします。

(注1) 1回の入院に対する給付日数は、50日を限度とし、全共済期間を通じた通算給付限度日数は500日を限度とします。
(注2) 先進医療給付金は、治療を目的として、先進医療による療養を受けた場合、先進医療にかかる技術料の額(1共済期間中の給付限度額は300万円)とし、継続契約を含めた全共済期間を通じ、通算1,000万円を給付限度額とします。

こんな疾病をお持ちの方も大丈夫です!



現在、高血圧で薬を服用しています。



11年前にがんで手術を受け、最後にがん検査を受けたのは6年前です。



5年前に心筋梗塞で入院して手術をしました。



3年前に子宮筋腫で入院し手術をしました。

※あくまでご参考ですので、詳しくは代理店または当組合までお問い合わせください。

健康告知は[緩和型健康告知]のため、次の4項目のみです。

※すべてが【いいえ】ならご加入いただけます。

1. 今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
2. 最近3カ月以内に、医師から検査(※1)・入院・手術(※2)・放射線治療・先進医療による療養のいずれかをすすめられたことがありますか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
3. 過去2年以内に、入院したこと、または手術(※2)・放射線治療・先進医療による療養のいずれかを受けたことがありますか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
4. 過去5年以内に、がん(肉腫・白血病・悪性リンパ腫・多発性骨髄腫および上皮内がんを含みます)・肝硬変・慢性肝炎で医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを受けたことがありますか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

(※1) 「検査」とは、健康診断・人間ドックまたは医療機関を受診した結果、診断確定のためにすすめられた再検査または精密検査をいいます。

(※2) 「手術」には、内視鏡手術・レーザー手術なども含みます。

FAX番号 026-269-0886

(長野県福祉共済協同組合 宛)

送信日	平成 年 月 日
お名前	ふりがな
ご住所	〒 -
電話番号	- -
FAX番号	- -
<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをお付けください	<input type="checkbox"/> パンフレット・申込書を送ってほしい <input type="checkbox"/> 連絡がほしい <input type="checkbox"/> 詳しい話を聞きたいので、訪問してほしい

取扱代理店

中小企業福祉共済協同組合連合会
長野県福祉共済協同組合からの
満60歳から入れる共済
— 満75歳まで新規加入できます—

がん

も

病気が

も

満85歳まで保障
生命医療共済
(シニア選択緩和型)

がんによる先進医療保障も

更に死亡弔慰金も

共済掛金は

ずっと
月々 3,200円

シニア共済

こんな疾病をお持ちの方も大丈夫です!



現在、高血圧で薬を服用しています。



11年前に大腸がんで手術を受け、最後にがん検査を受けたのは6年前です。



5年前に心筋梗塞で入院して手術をしました。



3年前に白内障で入院し手術をしました。

※あくまでご参考ですので、詳しくは代理店または当組合までお問い合わせください。

健康告知は〔緩和型健康告知〕のため、次の4項目のみです。

※すべて【いいえ】ならご加入いただけます。

- | | |
|--|---|
| 1. 今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか? | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 最近3カ月以内に、医師から検査(※1)・入院・手術(※2)・放射線治療・先進医療による療養のいずれかをすすめられたことがありますか? | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 過去2年以内に、入院したこと、または手術(※2)・放射線治療・先進医療による療養のいずれかを受けたことがありますか? | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 過去5年以内に、がん(肉腫・白血病・悪性リンパ腫・多発性骨髄腫および上皮内がんを含みます)・肝硬変・慢性肝炎で医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを受けたことがありますか? | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |

(※1)「検査」とは、健康診断・人間ドックまたは医療機関を受診した結果、診断確定のためにすすめられた再検査または精密検査をいいます。

(※2)「手術」には、内視鏡手術・レーザー手術なども含みます。

保障内容は裏面をご覧ください

長野県福祉共済協同組合

長野県長野市大字中御所字岡田131-10

フリーダイヤル 0120-86-9431

お問い合わせは

このリーフレットは商品の概要を記載したものです。詳しくは裏面よりパンフレットをご請求ください。

保障の内容

保障年齢区分		第1区分 60歳～64歳	第2区分 65歳～74歳	第3区分 75歳～85歳
共済金の種類				
入院給付金	初期入院給付金 (1日目～6日目)	日額 5,000 円	日額 4,000 円	日額 2,500 円
	継続入院給付金(注1) (7日目以降)	日額 3,500 円	日額 2,000 円	日額 1,500 円
がんで入院されたら入院給付金に上乗せ				
がん入院 給付金	初期入院給付金 (1日目～6日目)	+日額 5,000 円	+日額 4,000 円	+日額 2,500 円
	継続入院給付金(注1) (7日目以降)	+日額 3,500 円	+日額 2,000 円	+日額 1,500 円
がん先進医療給付金〔実費給付〕 (注2)		最高 3,000,000 円	最高 2,000,000 円	最高 1,000,000 円
死亡弔慰金		100,000 円	50,000 円	30,000 円

(注1) 1回の入院に対する給付日数は、初期入院給付日数と継続入院給付日数を通算して50日(75歳以上は30日)を限度とします。

入院給付金・がん入院給付金の支払日数は、全共済期間を通じ、それぞれ通算して500日を限度とします。

(注2) がん先進医療給付金は継続契約を含めた全共済期間を通じ、通算1,000万円を給付限度額とします。

F A X 送 信 用 紙

FAX番号 026-269-0886

(長野県福祉共済協同組合 宛)

送信日	平成 年 月 日	
お名前	ふりがな	
ご住所	〒 -	
電話番号	- -	FAX番号 - -

『 □に ✓ チェックをお付けください 』

- パンフレット・申込書を送ってほしい
- 連絡がほしい
- 詳しい話を聞きたいので、訪問してほしい

取扱代理店