

みなさまの声を受けてよくなりました!



生命医療共済(シニア選択緩和型)

# 青色シニアガード

## 病気・がん・ケガの保障



**加入年齢が拡大!!**

満55歳~満80歳まで加入可能  
満85歳まで保障



**給付金額が増額!!**

入院・死亡などの  
給付額がさらに充実



**持病があっても加入可能!!**  
ご加入しやすい  
簡単な健康告知



掛金は変わらず  
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 保土ヶ谷青色申告会

〒240-0044 横浜市保土ヶ谷区仏向町154-2 ゴトービル2階

TEL.045-442-7201

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!!

# 保障内容

加入年齢：満55歳～満80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55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)	月額 <b>10,000円</b> (5,000円+5,000円)	月額 <b>8,000円</b> (4,000円+4,000円)	月額 <b>6,000円</b> (3,000円+3,000円)
	継続入院 (7日目以降)	月額 <b>7,000円</b> (3,500円+3,500円)	月額 <b>5,000円</b> (2,500円+2,500円)	月額 <b>3,000円</b> (1,500円+1,500円)
がん先進医療給付金(実費給付)		最高 <b>500万円</b>	最高 <b>400万円</b>	最高 <b>300万円</b>

## 病気(がん以外)・ケガによる入院の場合

入院給付金		第1区分 【満55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 (1日目～6日目)	月額 <b>5,000円</b>	月額 <b>4,000円</b>	月額 <b>3,000円</b>
	継続入院 (7日目以降)	月額 <b>3,500円</b>	月額 <b>2,500円</b>	月額 <b>1,500円</b>

## 死亡した場合

死亡弔慰金	第1区分 【満55歳～満64歳】	第2区分 【満65歳～満74歳】	第3区分 【満75歳～満85歳】
死亡弔慰金	<b>300,000円</b>	<b>100,000円</b>	<b>30,000円</b>

(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) 1回の入院に対する給付日額は、初期入院給付日数と継続入院給付日数を通算して50日をお支払いの限度とします。

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。お申込みの際には、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！

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、[個人情報のお取扱い]をご確認のうえ、下記に必要事項をご記入いただき、**ハガキ**、**FAX**または**青色申告会窓口**にご提出ください。

### ハガキまたはFAXで

必要事項をご記入のうえ、切り取ってポストに投函していただくか、このまま下記宛にFAXしてください。

福祉共済 宛

FAX. **045-228-0779**

### WEBで

右記QRコードから福祉共済ホームページにアクセスいただき資料請求いただけます。



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

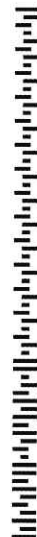
[個人情報の取扱い] 神奈川県福祉共済協同組合の共済募集・管理に必要な範囲内でのみ利用いたします。また、法令等に基づく場合を除き、ご本人の同意なく第三者には提供いたしません。

— 郵便ハガキ —

2 3 1 8 7 4 9

横浜市中央区元浜町4-32  
神奈川県福祉共済協同組合 行

青色シニアガード 資料請求用



フリガナ			
お名前			
ご住所			
お電話			

< 保士ケ谷青色申告会事務局使用欄 >

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

料金受取人私郵便  
横浜支店  
承認  
2489

差出有効期間  
2027年11月  
30日まで

[ 切手を貼らずに  
お出しください ]

[個人情報の取扱い]に同意のうえ、資料請求いたします。