

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



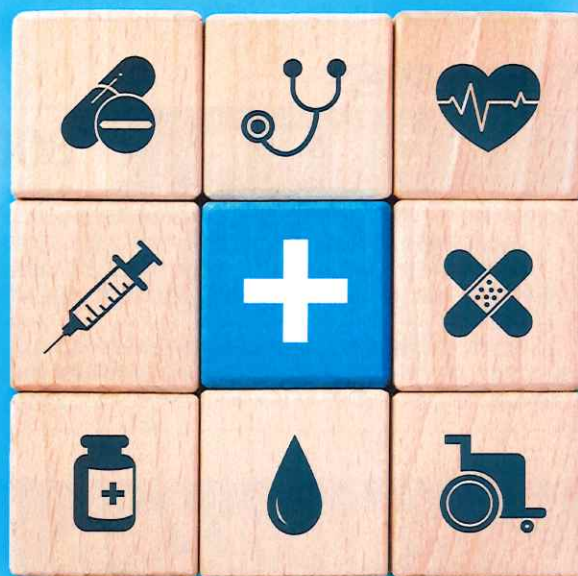
持病があっても加入可能!!

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 プラス 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 6,000円 (3,000円+3,000円)
	継続入院 (7日目以降)	日額 7,000円 (3,500円+3,500円)	日額 5,000円 (2,500円+2,500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 500万円	最高 400万円	最高 300万円

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)	日額 5,000円	日額 4,000円	日額 3,000円
	継続入院 (7日目以降)	日額 3,500円	日額 2,500円	日額 1,500円

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	300,000円	100,000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) 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！

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

料金受取人私郵便
横浜港支店
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]

フリガナ			
お名前	〒		
ご住所			
お電話			
< 富士ヶ谷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	

[個人情報の取扱い]に同意のうえ、資料請求いたします。