**コープの介護・認知症保険にご加入の皆さまへ**

令和9年1月始期版



介護マスコットキャラクター「かいごん」

令和9年1月1日以降保険始期契約について、介護関連特約の支払条件に関する改定を行っています。更新に際し、改定後の内容にてご案内しますので、必ず本パンフレットP2または、P6に掲載の二次元コードから重要事項等説明書をご確認いただいたうえで、お申込みくださいますようお願いします。



認知症マスコットキャラクター「たっちー」

楽しく長生きをするために

介護と認知症、ふたつに備えるコープの保険

人生100年時代に安心な毎日を。

更新型

# コープの 介護・認知症保険

医療保険基本特約、傷害保険特約、介護一時金支払特約、認知症限定特約(軽度認知障害等一時金用)等セット団体総合保険

## 生協組合員と ご家族 の介護・認知症保障

団体割引 **28.51%適用**

認知症プランも団体割引でお得に加入できます!

新規加入対象年齢 介護プラン 0歳～満79歳 / 認知症プラン 18歳～満79歳 継続 満89歳まで

「自分の介護は…」**家族に負担をかけない**ために。

「介護はお金かかりそう…」**介護費用の補償**で安心して介護準備を。

「認知症も不安…」**認知症プラン**で費用面の備えを。

WEB申込はコチラ!

### 介護一時金

被保険者 満55～59歳の場合

500万円コース

傷害死亡保険金100万円(天災危険補償特約セット)

＼お手ごろな保険料!／

月払保険料 900円

団体契約で28.51%の割引率

公的介護保険制度に基づく要介護2以上の認定を受けた状態となったとき、または損保ジャパンが定める所定の要介護状態に該当し、30日を超えて継続した場合にお支払い!

新規加入 0歳～満79歳まで 加入OK! 交通事故で要介護になった場合も給付

継続 満89歳まで

**様々な介護にかかる費用として**
**まとまったお金で受け取れる一時金をお使いいただけます。**

初期平均費用 74万円

介護用ベッド購入(注)

住宅改造

介護平均費用 581万円 / 介護平均期間 5年1か月

月々の平均費用 8.3万円

通院までの交通費や付き添い介助

通所リハビリテーション

訪問介護 入浴や食事

(注)介護保険でベッドなどの福祉用具をレンタルすることも可能です。

※過去3年間に介護経験がある人への調査 ※生命保険文化センター「2021年度生命保険に関する全国実態調査」を参考に作成

ふたつの備えで大きな安心・・・

### 認知症一時金

被保険者 満55～59歳の場合

100万円コース

※軽度認知障害は対象外です。

＼お手ごろな保険料!／

月払保険料 590円

団体契約で28.51%の割引率

医師によってはじめて認知症と診断確定された場合に一時金をお支払い!

新規加入 18歳～満79歳まで 加入OK!

継続 満89歳まで

**認知症になった場合に**

・専門医での継続診療等　医療費年額47.5万円

・投薬治療年額　90万円(3割負担)

高額療養費制度適用で14.4万円

大手A社の家事・見守り費用:

平日2時間1.1万円

週1回、年間(50週)で55万円

損保ジャパン調べ (2025年7月7日現在)

※保険金のお支払方法等重要な事項は、「この保険のあらまし」以降に記載されていますので、必ずご参照ください。

**お問い合わせはお気軽にどうぞ!**


【取扱代理店】コープ保険プラザ　株式会社コープエイシス
〒658-0081 神戸市東灘区田中町5丁目3番20号
TEL.0120-156-980
受付時間 9:00～17:00(日曜日・12/30～1/3除く)

◆引受保険会社／損害保険ジャパン株式会社　神戸支店　法人第一支社
〒650-8501 兵庫県神戸市中央区栄町通3-3-17 損保ジャパン神戸ビル
TEL.050-3788-7616

〈団体保険契約者〉日本コープ共済生活協同組合連合会

<告知の大切さについてのご説明>

○告知書は申込人が、ご本人または加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ありのままをご記入ください。
※口頭でお話し、または資料提示されただけでは告知していただいたことにはなりません。
○告知の内容が正しくないと、ご契約の全部または一部が解除になり保険金がお受け取りいただけない場合があります。
※「ご加入に際して、特にご注意いただきたいこと（注意喚起情報のご説明）」が掲載されているPDFを**右記の二次元コードからダウンロードしていただき、必ずご確認ください。**

重要事項等説明書はこちら

**重要**
★5歳きざみで保険料が変わります。(0～39歳は変わりません)
新規ご加入の場合、保険開始日時点の満年齢の保険料が適用されます。
翌年からのご継続にあたっては1月1日時点の満年齢の保険料が適用されます。

【介護医療保険料控除対象】※傷害死亡保険金部分を除きます。(令和8年7月現在)

# コース別保険料

*保険料は男女問わず同額です。

▶介護プラン1コースと認知症プラン1コースそれぞれに加入することも可能です。
▶介護一時金500万円と認知症一時金200万円の両方に加入することで合計700万円まで加入可能

保険期間1年
団体割引28.51%

## 介護プラン



介護一時金500万円コース / 介護一時金300万円コース / 介護一時金200万円コース / 介護一時金100万円コース

**全コース傷害死亡保険金100万円(天災危険補償特約セット)込み**
※傷害死亡保険金は、事故によりケガをされ死亡された場合にお支払いします。

## 認知症プラン



認知症一時金200万円コース / 認知症一時金100万円コース / 認知症一時金50万円コース

| | 被保険者満年齢 | 介護 月払保険料 | 介護 月払保険料 | 介護 月払保険料 | 介護 月払保険料 | 認知症 月払保険料 | 認知症 月払保険料 | 認知症 月払保険料 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 新規・継続でご加入できるコース | 0~17歳 | 80円 | 70円 | 60円 | 50円 | — | — | — |
| | 18~39歳 | 80円 | 70円 | 60円 | 50円 | 800円 | 400円 | — |
| | 40~44歳 | 130円 | 90円 | 80円 | 60円 | 800円 | 400円 | — |
| | 45~49歳 | 250円 | 170円 | 130円 | 90円 | 800円 | 400円 | — |
| | 50~54歳 | 450円 | 290円 | 210円 | 130円 | 800円 | 400円 | — |
| | 55~59歳 | 900円 | 560円 | 390円 | 220円 | 1,170円 | 590円 | — |
| | 60~64歳 | 1,750円 | 1,070円 | 730円 | 390円 | 1,620円 | 810円 | — |
| | 65~69歳 | 2,960円 | 1,800円 | 1,210円 | 630円 | 2,610円 | 1,310円 | — |
| | 70~74歳 | 6,240円 | 3,760円 | 2,520円 | 1,280円 | 5,290円 | 2,650円 | — |
| | 75~79歳 | 13,050円 | 7,850円 | 5,250円 | 2,650円 | 10,410円 | 5,210円 | — |
| 継続のみ | 80~84歳 | — | 15,750円 | 10,510円 | 5,280円 | — | — | 4,820円 |
| | 85~89歳 | — | 29,360円 | 19,590円 | 9,820円 | — | — | 8,230円 |

※軽度認知障害は対象外です。

## ご継続時のコース変更について

●コース変更時の保険料は1月1日時点の満年齢が適用されます。
●介護一時金または認知症一時金の額が減額となるコースに変更する場合は、告知なしでご継続できます。
●介護一時金または認知症一時金の額が増額となるコースに変更する場合は、新たな告知が必要です。

**【介護プランの場合】**
●新規加入可能年齢：0～満79歳まで。（満89歳まで継続可能です。）満80歳以上は300万円コース以下でのご継続となります。

**【認知症プランの場合】**
●新規加入可能年齢：満18～満79歳まで。（満89歳まで継続可能です。）満80歳以上は50万円コースでのご継続となります。

**【介護・認知症プラン共通】**
●新規加入時の保険料は保険開始日時点の満年齢が適用されます。
●保険は1年更新です。5歳きざみで保険料が変わります。（更新時の保険料は、毎年1月1日時点の満年齢の保険料が適用されます。）
●解約返れい金はありません。
●介護・認知症プランそれぞれに1コースずつ加入可能です。プラン毎に複数のコースへの加入はできません。
●団体割引は、本団体契約の前年のご加入人数により決定しています。次年度以降、割引率が変更となることがありますので、あらかじめご了承ください。また、団体のご加入人数が10名を下回った場合は、この団体契約は成立しませんので、ご了承ください。

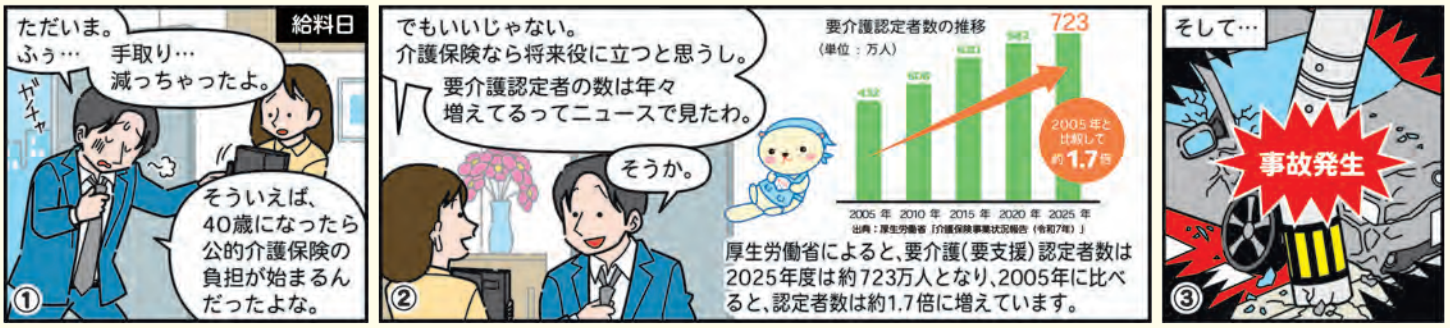
**79歳まで新規加入できます！**
組合員さまの親御さまも加入しやすく（継続は満89歳まで）

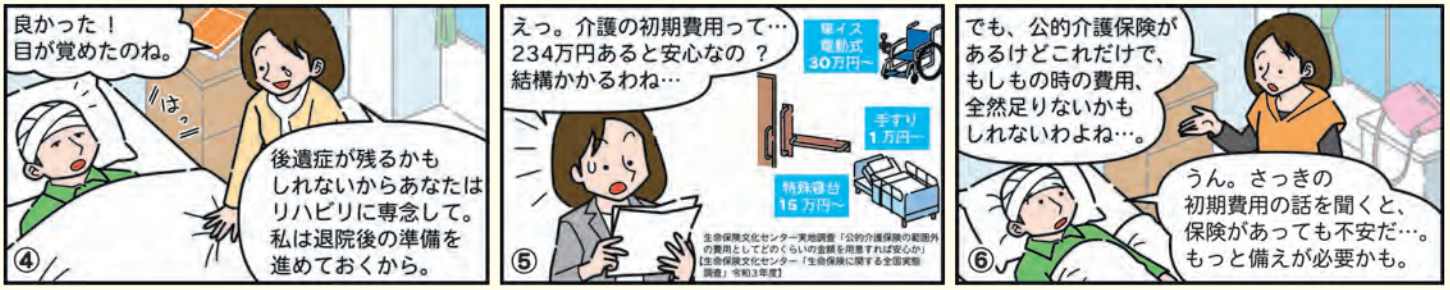
**もし介護が必要になったら!?**
介護や認知症リスクの高まる70~80代の子ども世代はちょうど働き盛りの場合が多く、万が一親の介護が必要となった場合、仕事、家庭と介護の両立は大きな課題となってきます。コープの介護・認知症保険は、遠方にお住まいの別居の親御さまにもご加入いただけます。

**公的介護保険の対象とならない40歳未満の方も加入できます！**

●公的介護保険では、40歳未満の方は対象になりません。
●月払保険料80円（介護一時金500万円コース）とお手頃な保険料。
●組合員のお子さまなど40歳未満の方も追加で加入しませんか。

# 公的介護保険についてご存知ですか？







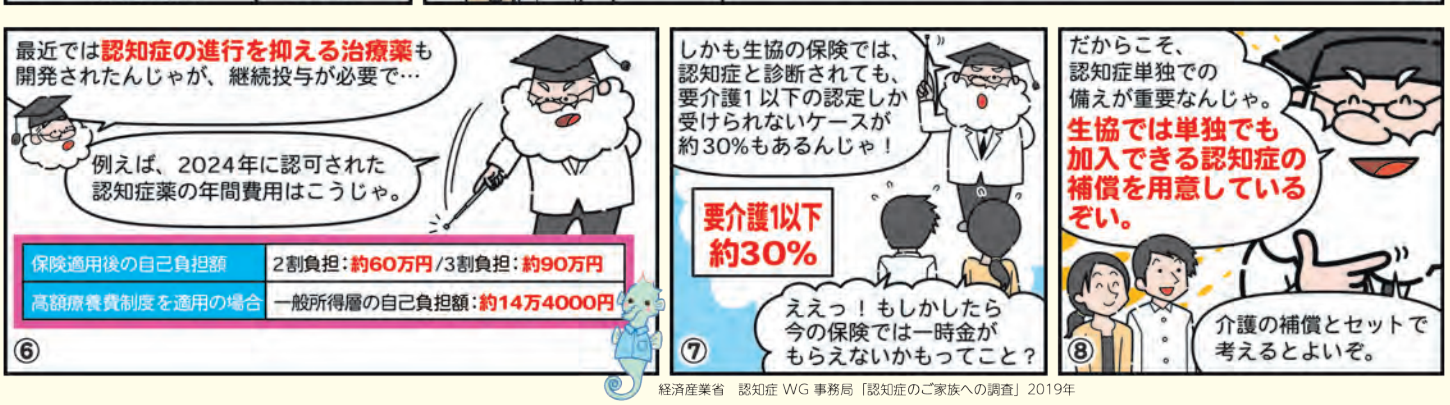
## もしも親が認知症になったら、、、

※軽度認知障害は対象外です。










経済産業省　認知症 WG 事務局「認知症のご家族への調査」2019年

## 加入依頼書兼告知書記入時、ご確認ください

【特にご注意ください】
- **「医師の診察・検査・治療・投薬」**には、入院・手術・投薬をすすめられること、日常の生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。また、がんと診断されることを含みます。
- **「入院」**には、検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
- **「手術」**には、「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破砕術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
- **「認知症」**とは、正常に発達した知的機能が脳内に後天的に生じた器質的な病変または損傷により、全般的かつ持続的に低下することをいいます。
- **「軽度認知障害」**とは、本人および第三者（家族）から認知機能低下に関する訴えがあり、認知機能は正常ではないが認知症の診断基準を満たさない状態をいいます。
- 病気を指摘された後、すぐに治療や手術の必要がないため通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
- 医師の診断により、予防目的で目薬を点眼することや、薬の処方のみをされている場合も「医師の診察・検査・治療・投薬」に該当し、告知の対象になります。
- 医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中の場合も、告知の対象になります。
- 再検査、精密検査の結果、異常がなかった場合は、質問事項に「いいえ」とご回答ください。

### 合算対象の他の介護保険・認知症保険等と保険金額の算出方法

介護補償：「介護補償保険金額」
介護補償（年金払介護）：「年金払介護補償保険金額」の１年間の年金保険金額
介護保険：「介護一時金額」　介護費用保険「臨時費用保険金額」
認知症保険：「認知症診断一時金額」
認知症保険（治療費用年金払）：１年間の年間保険金額
保険金額の設定が一時金や年金払い以外の場合：保険金額の合算からは除外してください。
◆保険金額の設定方法にご不明な点がある場合、P10のお客さま告知相談窓口へご相談ください。

### ■告知書のご提出が必要な方

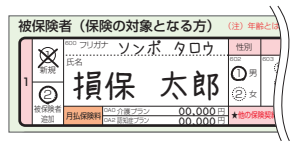
○新規に介護プランまたは認知症プランに加入する方
○新規に介護プラン・認知症プラン両方に加入する方
○介護プラン加入済みで認知症プランに追加加入する方
○認知症プラン加入済みで介護プランに追加加入する方

### ご家族の告知について

■ご家族※の「健康状態に関する告知」は、申込人ご本人がご家族に代わって、ご記入・ご署名ください。
※申込人ご本人の
① 配偶者（同居・別居とも）
② 子ども（同居・別居とも）
③ 両親（同居・別居とも）
④ 兄弟姉妹（同居のみ）
⑤ ①～④以外の親族（同居のみ）

### 被保険者追加とは

すでにご加入の契約に、新たに被保険者を追加する場合のことをいいます。その場合の記入例は下記のとおりです。




## 保険金をお支払いする場合

**【介護プランにご加入の場合】**保険期間中に、疾病や傷害などにより以下の**①または②のいずれか**となった場合、所定の介護一時金をお支払いします。

①公的介護保険制度に基づく要介護2以上の認定を受けた状態となったとき

②損保ジャパン所定の要介護状態（公的介護保険制度における要介護２から５の状態が目安）となり、その要介護状態が要介護状態に該当した日からその日を含めて30日を超えて継続した場合

年齢別の対象範囲

| 被保険者の年齢 | ①公的介護保険制度の要介護２から５の認定 | ②損保ジャパン所定の要介護状態 |
|---|---|---|
| 40歳未満 | 対象外（40歳未満は公的介護保険制度の対象外） | 年齢・要介護状態になった原因を問わず対象（交通事故なども対象） |
| 40～64歳以下 | 要介護状態になった原因は加齢に伴う特定疾病（16種類）に限定 | |
| 65歳以上 | 要介護状態になった原因を問わず対象（交通事故なども対象） | |

※損保ジャパン所定の要介護状態の詳細については取扱代理店・損保ジャパンまでお問い合わせください。

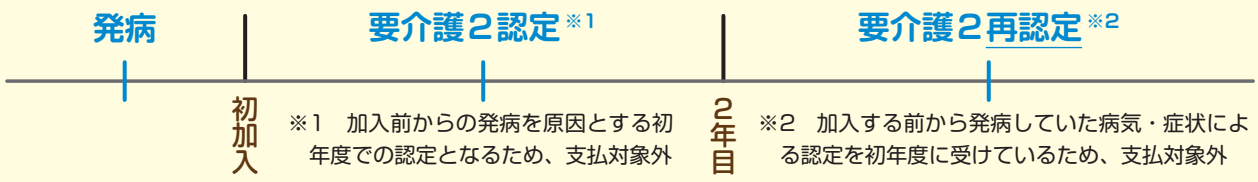
**【認知症プランにご加入の場合】**保険期間中に、**初めて医師によって認知症と診断確定**された場合に所定の認知症診断一時金をお支払いします。
※軽度認知障害は対象外です。

## 2027年１月始期契約からの重要な変更点のお知らせ

2027年１月以降に加入・継続した契約から、**「当該保険契約に初めて加入する前から発病していた病気・症状等を原因とする要介護認定（当社所定の要介護状態を含む）」**の取扱が変更となります。

具体的には、**初めてこの保険に加入する前から発病していた病気・症状を原因**として、**加入した最初の保険期間内に公的介護保険要介護認定（２以上）または当社所定の要介護状態に該当**していたことがある場合は、その後に**同じ病気・症状が原因で再度認定等を受けても保険金はお支払いできません。**

### 保険金をお支払いできないケース




初めてこの保険に加入する前から発病していた病気・症状が原因だとしても、加入後２年目以降に初めて保険金の支払事由に該当した場合の取扱に変更はございません。具体的には「加入初年度に要介護認定２以上または当社所定の要介護状態に該当していなかった」ことが診断書等で客観的に確認できる場合は、保険に加入する前から発病していた病気・症状が原因であっても、保険金支払の対象となる場合があります。ただし、ご契約時の健康告知の状況等により異なることがありますので、あらかじめご了承ください。

# 「コープの介護・認知症保険」加入依頼書兼告知書記載例

- ご確認の上、記入漏れのないようにお願いします。
- 消えないボールペンでご記入ください。
- 記入あやまりにより内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。

組合員番号をご記入ください。

組合員区分いずれかに○をしてください。

保険料の引去り口座が共済掛金やその他コープのご利用代金と同一口座の場合は合算の請求金額となります。

登録組合員が申込人と異なる場合、こちらに登録組合員をご記入ください。

住所(フリガナ含む)、電話番号、生年月日、性別を漏れなくご記入ください。

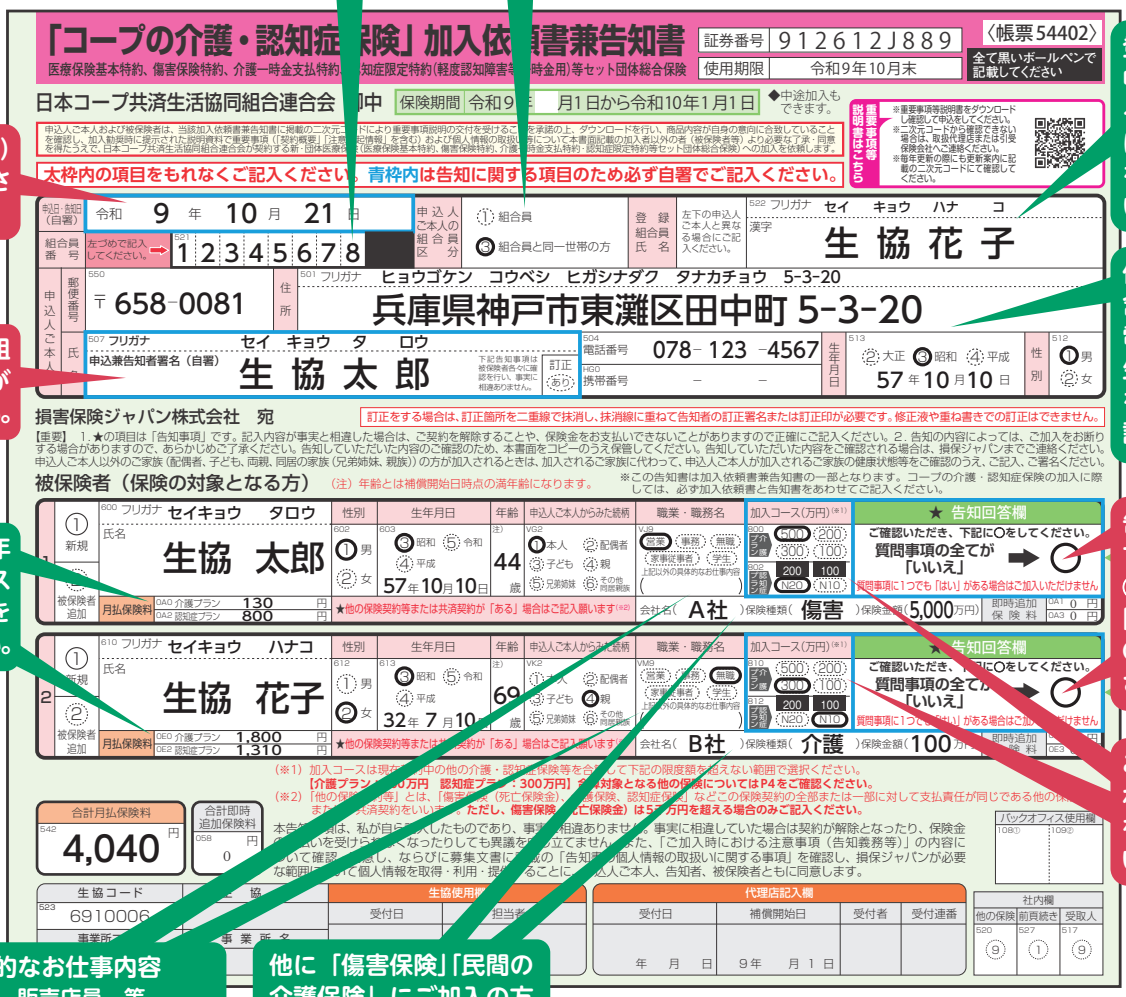
申込日(告知日)をご記入ください。

必ず加入者(組合員)ご本人がご署名ください。

保険開始時の年齢、加入コースから、保険料をご記入ください。

告知回答欄です。質問事項①②③すべてが「いいえ」の場合、○をつけてください。

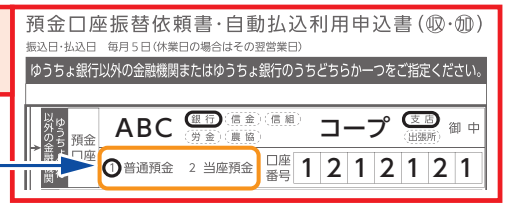
ご加入を希望されるコースに○をつけてください。




上記以外の具体的なお仕事内容
例)教員、美容師、販売店員 等
※アルバイト・パートの方も具体的な仕事内容をご記入ください。
飲食給仕係(ウエイトレス等)、
清掃員 等

他に「傷害保険」「民間の介護保険」にご加入の方は、他保険の補償内容をご記入ください。

## 預金口座振替依頼書について




1・2どちらかに○をしてください。


料金受取人払郵便
東灘局
承認
6070
差出有効期限
2028年7月31日まで
切手を貼らずにお出しください

6588790

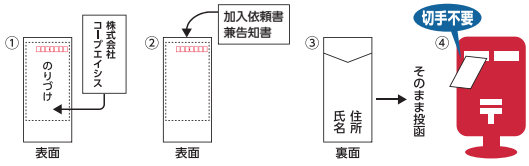
神戸市東灘区田中町5丁目3-20
コープ保険プラザ
株式会社 コープエイシス
コープの介護・認知症保険 係行


お申し込み有効期限
2027年11月20日

## 加入依頼書兼告知書提出締切日:毎月20日
## 保険開始日:翌々月1日

### コープの介護・認知症保険 加入依頼書兼告知書の郵送方法

① 左記の宛名部分を点線に沿って切り取り、お手持ちの封筒にしっかりと、のり付けしてください。封筒は郵送に差しつかえないものであれば、どんな封筒も御使用いただけます。〈最大サイズ120×235mm〉
② その封筒の中に「加入依頼書兼告知書」をお入れください。
③ 封筒の裏にお手数ですが、お名前と住所をご記入ください。




通常郵便より1~2日間遅い到着となります。お早めにご提出ください。

# 「コープの介護・認知症保険」加入依頼書兼告知書

医療保険基本特約、傷害保険特約、介護一時金支払特約、認知症限定特約(軽度認知障害等一時金用)等セット団体総合保険

証券番号 912612J889
使用期限 令和9年10月末

〈帳票54402〉
全て黒いボールペンで記載してください

日本コープ共済生活協同組合連合会 御中

保険期間 令和9年　月1日から令和10年1月1日

◆中途加入もできます。

重要事項等説明書はこちら
※重要事項等説明書をダウンロードし確認して申込をしてください。
※二次元コードから確認できない場合は、取扱代理店または引受保険会社へご連絡ください。
※毎年更新の際にも更新案内に記載の二次元コードにて確認してください。

申込人ご本人および被保険者は、当該加入依頼書兼告知書に掲載の二次元コードにより重要事項説明の交付を受けることを承諾の上、ダウンロードを行い、商品内容が自身の意向に合致していることを確認し、加入勧奨時に提示された説明資料で重要事項(「契約概要」「注意喚起情報」を含む)および個人情報の取扱い等について本書面記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な了承・同意を得たうえで、日本コープ共済生活協同組合連合会が契約する新・団体医療保険(医療保険基本特約、傷害保険特約、介護一時金支払特約・認知症限定特約等セット団体総合保険)への加入を依頼します。

**太枠内の項目をもれなくご記入ください。青枠内は告知に関する項目のため必ず自署でご記入ください。**

申込(諾)日(自署): 令和　年　月　日

組合員番号: 左づめで記入してください。 521

申込人ご本人の組合員区分: ①組合員 ③組合員と同一世帯の方

登録組合員氏名: 左下の申込人ご本人と異なる場合にご記入ください。 522 フリガナ / 漢字

申込人ご本人
- 郵便番号: 550 〒　－
- 住所: 501 フリガナ
- 氏名: 507 フリガナ / 申込兼告知者署名(自署) / 下記告知事項は被保険者各々に確認を行い、事実に相違ありません。 訂正(あり)
- 504 電話番号　－　－
- HGO 携帯番号　－　－
- 生年月日: 513 ②大正 ③昭和 ④平成　年　月　日
- 性別: 512 ①男 ②女

## 損害保険ジャパン株式会社　宛

訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

【重要】 1.★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。2.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。申込人ご本人以外のご家族(配偶者、子ども、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名ください。

## 被保険者(保険の対象となる方)

(注)年齢とは補償開始日時点の満年齢になります。

※この告知書は加入依頼書兼告知書の一部となります。コープの介護・認知症保険の加入に際しては、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

### 1

①新規 ②被保険者追加

600 フリガナ / 氏名

| 性別 | 生年月日 | 年齢 | 申込人ご本人からみた続柄 | 職業・職務名 |
|---|---|---|---|---|
| 602 ①男 ②女 | 603 ③昭和 ⑤令和 ④平成　年　月　日 | 注) 歳 | VG2 ①本人 ②配偶者 ③子ども ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他同居親族 | VJ9 (営業)(事務)(無職)(家事従事者)(学生) 上記以外の具体的なお仕事内容 ( ) |

加入コース(万円)(※1)
- 800 プラン: (500)(200)(300)(100)
- 802 プラン: 200 100 (N20)(N10)

★告知回答欄
ご確認いただき、下記に○をしてください。
質問事項の全てが「いいえ」 ○
質問事項に1つでも「はい」がある場合はご加入いただけません

月払保険料: OA0 介護プラン　円 / OA2 認知症プラン　円

★他の保険契約等または共済契約が「ある」場合はご記入願います(※2)

会社名(　)保険種類(　)保険金額(　万円)

即時追加保険料: OA1 0 円 / OA3 0 円

### 2

①新規 ②被保険者追加

610 フリガナ / 氏名

| 性別 | 生年月日 | 年齢 | 申込人ご本人からみた続柄 | 職業・職務名 |
|---|---|---|---|---|
| 612 ①男 ②女 | 613 ③昭和 ⑤令和 ④平成　年　月　日 | 注) 歳 | VK2 ①本人 ②配偶者 ③子ども ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他同居親族 | VM9 (営業)(事務)(無職)(家事従事者)(学生) 上記以外の具体的なお仕事内容 ( ) |

加入コース(万円)(※1)
- 810 プラン: (500)(200)(300)(100)
- 812 プラン: 200 100 (N20)(N10)

★告知回答欄
ご確認いただき、下記に○をしてください。
質問事項の全てが「いいえ」 ○
質問事項に1つでも「はい」がある場合はご加入いただけません

月払保険料: OE0 介護プラン　円 / OE2 認知症プラン　円

★他の保険契約等または共済契約が「ある」場合はご記入願います(※2)

会社名(　)保険種類(　)保険金額(　万円)

即時追加保険料: OE1 0 円 / OE3 0 円

※(1)加入コースは被保険者ごとに選択ください。【介護プラン:500万円/300万円 認知プラン:300万円/200万円】合算対象の他の保険契約等については、確認ください。

(※2)「他の保険契約等」とは、「傷害保険(死亡保険金、介護保険、認知症保険等)」および「医療保険等」をご記入ください。また、共済契約をいいます。ただし、傷害保険(死亡保険金)は5千万円を超える場合のみご記入ください。

パンフレットをご希望の場合は
コープ保険プラザまでお問い合わせください。

| 合計月払保険料 | 合計即時追加保険料 |
|---|---|
| 542 円 | 0 |

ご契約内容は、私が自己記入したものであり、事実に相違ありません。また、ご契約内容について確認・同意し、ならびに募集文書に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人ご本人、告知者、被保険者ともに同意します。

バックオフィス使用欄: 109①

| 生協コード | 生協名 | 生協使用欄 受付日 | 生協使用欄 担当者名 |
|---|---|---|---|
| 523 6910007 | | | |
| 事業所コード | 事業所名 | | |
| 524 | | 年　月　日 | |

| 代理店記入欄 受付日 | 補償開始日 | 受付者 | 受付連番 |
|---|---|---|---|
| 年　月　日 | 9年　月1日 | | |

社内欄

| 他の保険 | 前貝続き | 受取人 |
|---|---|---|
| 520 ⑨ | 527 ① | 517 ⑨ |

6

保険料の引落は、上記組合員番号で登録された「めーむ」の代金支払口座となります。(クレカ払い不可)
ご利用口座のない方、又は別口座をご希望の方は下記へご記入ください。

## 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収・加)

振込日・払込日　毎月5日(休業日の場合はその翌営業日)

**ゆうちょ銀行以外の金融機関またはゆうちょ銀行のうちどちらか一つをご指定ください。**

ゆうちょ銀行以外の金融機関
- 預金口座: (銀行)(信金)(信組)(労金)(農協)　(支店)(出張所)　御中
- 1 普通預金　2 当座預金　口座番号

ゆうちょ銀行
- 契約種別コード: 3 0
- 通帳記号(※欄は、通帳の記号の後にハイフンと数字がある場合のみご記入ください) ※
- 通帳番号(右づめで記入し、スペースとなる桁には[0]をご記入ください)
- 払込先口座番号: 00950-8-101947
- 払込先加入者名: 生活協同組合コープこうべ

フリガナ
口座名義人

金融機関コード

押し直し印(必ずご押印ください。) お届け印 (ゆうちょ銀行を除く)

組合員番号 (介)

私は、生活協同組合コープこうべ(以下甲という)から請求された金額を私名義の左記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約の上依頼します。(ゆうちょ銀行は除く)

### 預金口座振替規定(ゆうちょ銀行からの自動払込みを除く)

1. 甲から貴店に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、毎月所定日(当日が金融機関休業日の場合には翌営業日)に請求書記載金額を預金口座から引落としの上支払ってください。この場合は、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を払戻してもさしつかえありません。
また、振替日以降任意の日に、貴店が甲から請求のあった金額(振替請求額の金額または一部)を引落しのうえ支払ってもさしつかえありません。
3. この規約を解約するときは、私から貴店に書面により届出ます。なお、届出がないまま長期間にわたり甲から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出しない限り、貴店はこの契約が終了したものとして取り扱ってさしつかえありません。
4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、一切私と甲の間で解決し、貴店には迷惑をかけません。

以上

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

| 検印 | 印鑑照合 | 受付印 |
|---|---|---|
| | | |

金融機関使用欄
本依頼書・申込書に不備のある場合には、下記該当箇所に○印を付け、甲へご返送ください。
1.口座取引なし　2.記載事項等相違(店名、預金種目、記号、番号、口座名義)　3.印鑑相違　4.その他(　)

※本依頼書・申込書に不備がありましたら、下記宛にご返送ください
神戸市東灘区住吉本町1丁目3番19号　〒658-8555
生活協同組合コープこうべ　経理部

## 告知に関する質問事項

ご確認いただき左記告知回答欄に○をしてください。

①これまでに、公的介護保険制度の要介護・要支援の認定を受けたことがありますか(※1)。
または現在認定を「申請中」ですか。
また、告知日（ご記入日）現在、次のいずれかの行為の際に、頻度を問わず、他人の介助や自分で補助用具（杖などを含みます。補聴器、老眼鏡等は含みません。）の使用が必要になることがありますか。
【歩行・食事・排せつ・入浴・衣類の着脱・公共交通機関を利用しての外出・店での買い物】
（※1）過去に認定を受けたことがあり、現在は認定を受けていない場合も含みます。

②−1　告知日（ご記入日）現在、次のいずれかに該当しますか。
【入院中・療養のため就床中(※2)・入院の予定(※3)がある】
（※2）　医師の指示による就床を指し、その期間および場所を問いません。
（※3）　医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。

②−2　告知日（ご記入日）現在、以下に該当しますか。
【今までに、医師により「認知症（軽度認知障害を含みます。）」と診断されたことがある】
（注）疑いの指摘を受けている場合や検査等の結果が判明していない場合を含みます。

③告知日（ご記入日）から過去2年以内に、「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状により医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。
（注）医師より「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。

＜病気・症状一覧表＞　＊告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医（担当医）に確認のうえ、告知をしてください。

| | |
|---|---|
| が　　ん | 悪性新生物　悪性しゅよう　白血病　肉腫　骨髄腫　悪性リンパ腫骨髄異形成症候群　骨髄線維症 |
| 上皮内がん | 上皮内新生物　CIS　CIN3　子宮頸部高度異形成　HSIL |
| 脳血管関係の病気 | 脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血・脳血栓） |
| 肝臓の病気 | 慢性肝炎　肝硬変 |
| 腎臓の病気 | 慢性腎炎　腎不全 |
| 気管支・肺の病気 | 慢性閉塞性肺疾患（COPD）　慢性気管支炎　肺気腫 |
| 心臓関係の病気 | 心臓弁膜症　心筋こうそく　心筋炎　心筋症　狭心症　心不全　心肥大　不整脈（期外収縮・洞不全症候群・房室ブロック・脚ブロック・発作性上室性頻拍・心房細動・心房粗動・ペースメーカー埋込） |
| 筋肉・骨の病気 | 筋ジストロフィー　骨折を伴う骨粗しょう症(※4)　変形性関節症（人工関節置換を含みます。） |
| 眼の病気 | 緑内障　糖尿病性網膜症　加齢黄斑変性　失明 |
| その他 | 糖尿病（合併症を含みます。）　こうげん病（全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など）　リウマチ熱　アルツハイマー病　厚生労働省指定の難病(※5)（指定難病に対する受給者証の交付を受けたことがある場合に限ります。）　精神および行動の障害（統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など）　パーキンソン病 |

（※4）「骨折を伴う骨粗しょう症」とは骨折した時に「骨粗しょう症」になっていた場合を意味します。（単に「骨粗しょう症」と診断された場合は含みません。）
（※5）厚生労働省指定の難病については、厚生労働省ホームページを参照してください。

**◆保険期間の開始時より前に発生した疾病・傷害などの事由による保険金支払については対象外となる場合があります。詳細は加入依頼書兼告知書に掲載している二次元コード内の「ご加入に際して、特にご注意いただきたいこと」をご確認ください。**
**◆告知に関するご相談はP10「お客さま告知相談窓口」へご連絡ください。**

**すべて「いいえ」の場合、ご加入いただけます。**






今すぐアクセス!!
よくある質問も掲載しています！ コープ保険プラザ コープの介護・認知症保険 検索

# 「コープの 介護・認知症保険」 よくあるご質問



**Q1** 告知について分からない点があった時は、どうすれば良いですか？

**A1** 告知に関してご不明点があれば、
**告知相談窓口**
**（TEL：0120−101−591）**
**受付時間：平日午前9時～午後5時までご連絡ください。**

**Q2** 質問事項①の「補助用具」はどのようなものがありますか？

**A2** 補助用具の定義は「健常者が使わない用具全般」となっております。

**具体例**

歩　行……車椅子、つえ、平行棒、歩行器

食　事……食事用エプロン、万能カフ、スポンジハンドル

排せつ……おむつ、失禁パッド、トイレ用手すり

入　浴……入浴用いす、入浴用手すり、シャワーベンチ、シャワーキャリー、入浴用介助ベルト　など

**Q3** 実家の両親は加入できますか？

**A3** はい。ご加入いただけます。申込書の被保険者（保険の対象となる方）の欄に、ご両親のお名前と情報をご記入ください。ご両親の「健康状態に関する告知」は申込人（加入者）がご両親に代わってご記入・ご署名ください。
ご両親だけでなく、加入者の配偶者・お子さま・兄弟姉妹・同居の親族（同居、生計を共にする、血族か姻族かは問わない）も加入できます。

**Q4** 「介護プランと認知症プラン」は何口加入することができますか？

**A4** お一人さまそれぞれ１口のみとなります。

**Q5** クレジットカードでの保険料払込はできますか？

**A5** 「コープの介護・認知症保険」は保険料月払い、口座振替のみとなっておりますのでクレジットカードでの保険料払込はできません。

**Q6** 保険金請求をしたいときはどうすればよいですか？

**A6** 損保ジャパンの以下連絡先まで事故連絡をお願いします。内容に応じて各種書類が郵送されます。
**事故サポートセンター**
**TEL：0120−727−110**　◆受付時間　24時間365日

●保険金のお支払時に必要な書類

| | 書類の種類 | 必要書類 | 所定用紙 | 内　容 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 要介護状態説明書 | ○ | ○ | ご本人またはご家族の方が、お身体の状態等の必要事項をご記入のうえ、ご提出いただきます。 |
| 2 | 保険金請求書 | ○ | ○ | 保険金・給付金の請求書ですので、必要事項をご記入のうえ、ご提出いただきます。 |
| 3 | 同意書 | ○ | ○ | ご提出いただいた診断書の内容等をお医者さまに確認させていただくため、必要になります。<br>ご本人またはご家族の方が署名・捺印のうえ、ご提出いただきます。 |
| 4 | 診断書（所見書） | ○ | ○ | お医者さまに記入していただいたうえで、ご提出いただきます。 |
| 5 | （公的介護保険）<br>要介護認定・要支援認定等結果通知書（写） | △ | | 公的介護保険での認定結果を確認させていただくための書類になります。公的介護保険で要介護認定を受け、市区町村から通知書を受け取られた場合、（写）をご提出いただきます。 |
| 6 | 代理請求申請書 | △ | ○ | 被保険者を代理して保険金の請求をする場合に必要となります。<br>代理請求申請者と被保険者との続柄がわかる書類を添えてご提出ください。 |

※「必要書類」欄
・「○」と記載されている書類のお取付けが必要になります。
・「△」と記載されている書類は、場合によりお取付けが必要になります。

※「所定用紙」欄
・「○」と記載されている書類は、損保ジャパン株式会社にてあらかじめご用意している書類です。そちらをご利用ください。

## 新・団体医療保険にご加入の皆さまへ

ご加入に際して特にご確認いただきたい事項や、ご加入者にとって不利益になる事項等、特にご注意いただきたい事項を記載しています。ご加入になる前に必ずお読みいただきますようお願いします。
【加入者ご本人以外の被保険者（保険の対象となる方。以下同様とします。）にも、このパンフレットに記載した内容をお伝えください。また、ご加入の際は、ご家族の方にもご契約内容をお知らせください。】

## この保険のあらまし（契約概要のご説明）

■商品の仕組み：この商品は団体総合保険普通保険約款に医療保険基本特約、傷害保険特約、介護一時金支払特約、認知症限定特約（軽度認知障害等一時金用）等をセットしたものです。
■保険契約者：日本コープ共済生活協同組合連合会
■保険期間：令和9年1月1日午後4時から1年間となります。保険期間の中途での加入の場合はこのかぎりではありません。
■引受条件（保険金額等）、保険料、保険料払込方法等：引受条件（保険金額等）、保険料は本パンフレットに記載しておりますので、ご確認ください。
●加入者：生協の組合員または組合員と同一の世帯に属する方
●被保険者：①加入者本人　②左記①の配偶者・ご両親・お子さま（同居、生計を共にする、血族か姻族か　は問わない）
③上記①の同居の親族（生計を共にする、血族か姻族か　は問わない）
（新規の場合：介護プラン0歳～79歳、認知症プラン18歳～79歳　継続の場合：両プラン共通：満89歳まで　上記の方が対象となります。）
●お手続方法：下表のとおり必要書類にご記入のうえ、ご加入窓口の生協までご提出ください。

| ご加入対象者 | | お手続方法 |
|---|---|---|
| 新規加入者の皆さま | | 添付の「加入依頼書」および「告知書」に必要事項をご記入のうえ、ご提出いただきます。 |
| 既加入者の皆さま | 前年と同等条件のプラン（送付した「ご継続のご案内」に打ち出しのプラン）で継続加入を行う場合(注) | 書類のご提出は不要です。 |
| | ご加入プランを変更するなど前年と条件を変更して継続加入を行う場合(注) | 前年と条件を変更する旨を記載した「加入依頼書」および「告知書」※をご提出いただきます。<br>※告知書は、保険金額の増額等、補償を拡大して継続される場合のみご提出が必要です。 |
| | 継続加入を行わない場合 | 継続加入を行わない旨を記載した書類をご提出いただきます。 |

（注）保険始期（令和9年1月1日）時点で満80歳の方で、前年、700万円・500万円コースでご加入されていた場合は、300万円・200万円・100万円コースのいずれかへの変更が必要となります。
「ご継続のご案内」の前年同等内容には300万円コースを打ち出しております。300万円コースで継続加入される場合は、書類のご提出は不要です。200万円・100万円コースで継続加入される場合は、取扱代理店までご連絡ください。認知症プランの場合は保険始期時点で満80歳となった場合は50万円コースで「ご継続のご案内」が作成されます。
●中途加入：保険期間の中途でのご加入は、毎月、受付をしています。なお、加入スケジュールについてはP10加入の方法に記載しておりますので、ご確認ください。
●中途解約：この保険から脱退（解約）される場合は、ご加入の窓口までご連絡ください。なお、解約に際して、返れい金のお支払いはありません。
●団体割引は、本団体契約の前年のご加入人数により決定しています。次年度以降、割引率が変更となることがありますので、あらかじめご了承ください。また、団体のご加入人数が10名を下回った場合は、この団体契約は成立しませんので、ご了承ください。
■満期返れい金・契約者配当金：この保険には、満期返れい金・契約者配当金はありません。

## 補償の内容【保険金をお支払いする主な場合とお支払いできない主な場合】

### 介護一時金

#### 保険金をお支払いする主な場合

被保険者が保険期間中に、以下の①または②のいずれかに該当した場合、介護一時金保険金額をお支払いします。なお、保険金をお支払いした場合この特約は失効するため、お支払いは1回かぎりとなります。
①公的介護保険制度に基づく要介護2以上の認定を受けた状態となった場合(※1)
②損保ジャパンが定める所定の要介護状態(※2)となり、その要介護状態が要介護状態に該当した日からその日を含めて30日を超えて継続した場合

（※1）要介護認定を受けてからその状態が継続した日数にかかわらず保険金をお支払いします。
（※2）公的介護保険制度における要介護認定基準とは異なります。詳細につきましては、損保ジャパン公式ウェブサイト掲載の約款集をご覧ください。
（注）公的介護保険制度連動（要介護2以上）支払特約（介護一時金用）がセットされています。

### 認知症一時金

#### 保険金をお支払いする主な場合

被保険者が、保険期間中に、認知症と診断確定された場合は、認知症一時金をお支払いします。
保険金をお支払いした場合、特約(※)は失効するため、お支払いは1回かぎりとなります。
（※）軽度認知障害等一時金支払特約および認知症限定特約（軽度認知障害等一時金用）をいいます。

### 介護一時金・認知症一時金共通

#### 保険金をお支払いできない主な場合（介護・認知症一時金共通）

①故意または重大な過失
②自殺行為、犯罪行為または闘争行為
③無資格運転、酒気を帯びた状態での運転による事故
④麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、シンナー、危険ドラッグ等の使用（治療を目的として医師が用いた場合を除きます。）
⑤アルコール依存、薬物依存または薬物乱用（治療を目的として医師が用いた場合を除きます。）
⑥先天性異常
⑦戦争、外国の武力行使、暴動（テロ行為(※1)を除きます。）、核燃料物質等によるもの
⑧頸（けい）部症候群（いわゆる「むちうち症」）、腰痛等で医学的他覚所見(※2)のないもの
⑨地震、噴火またはこれらによる津波
など

【介護一時金】
（注）初年度加入の締結の後に保険金のお支払条件の変更があった場合は、次の①または②の保険金の額のうち、いずれか低い金額をお支払いします。ただし、疾病、傷害その他の要介護状態(※)の原因となった事由が生じた時から起算して1年を経過した後に要介護状態(※)に該当した場合を除きます。
①疾病、傷害その他の要介護状態(※)の原因となった事由が生じた時のお支払条件により算出された保険金の額
②被保険者が要介護状態(※)に該当した日の支払条件により算出された保険金の額
（※）公的介護保険制度に基づく要介護2以上の認定を受けた状態、または損保ジャパンが定める所定の要介護状態をいいます。

【認知症一時金】
（注）初年度加入の締結後に保険金のお支払い条件の変更があった場合は、次の①または②の保険金額のうち、いずれか低い金額をお支払いします。ただし、疾病、傷害その他の認知症の原因となった事由が生じた時から起算して1年を経過した後に認知症に該当した場合を除きます。
①疾病、傷害その他の認知症の原因となった事由が生じた時の支払条件により算出された保険金額の額
②被保険者が認知症と診断確定された日の支払条件により算出された保険金の額

### 【傷害】傷害死亡保険金※

#### 保険金をお支払いする主な場合

保険期間中に事故によりケガをされ、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に死亡された場合、傷害死亡保険金額の全額をお支払いします。

傷害死亡保険金の額＝傷害死亡保険金額の全額

※傷害死亡保険金には「天災危険補償特約」がセットされており、地震、噴火またはこれらによる津波によって生じた傷害死亡に対しても保険金をお支払いします。

#### 保険金をお支払いできない主な場合

①故意または重大な過失
②戦争、外国の武力行使、暴動（テロ行為(※1)を除きます。）、核燃料物質等によるもの
③自殺行為、犯罪行為または闘争行為
④無資格運転、酒気を帯びた状態での運転または麻薬、危険ドラッグ等により正常な運転ができないおそれがある状態での運転による事故
⑤脳疾患、疾病または心神喪失
⑥妊娠、出産、早産または流産
⑦外科的手術その他の医療処置
⑧頸（けい）部症候群（いわゆる「むちうち症」）、腰痛等で医学的他覚所見(※2)のないもの
⑨ピッケル等の登山用具を使用する山岳登はん、ロッククライミング（フリークライミングを含みます。）、登る壁の高さが5mを超えるボルダリング、航空機操縦（職務として操縦する場合を除きます。）、ハンググライダー搭乗等の危険な運動を行っている間の事故
⑩自動車、原動機付自転車等による競技、競争、興行（これらに準ずるものおよび練習を含みます。）の間の事故
など

（※1）「テロ行為」とは、政治的・社会的もしくは宗教・思想的な主義・主張を有する団体・個人またはこれと連帯するものがその主義・主張に関して行う暴力的行動をいいます。
（※2）「医学的他覚所見」とは、理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見をいいます。

## 加入の方法

**加入依頼書兼告知書の提出**
●告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ、保管してください。
●告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

**毎月の締切日**　右のスケジュール一覧をご確認ください。

**保険の開始日**　右のスケジュール一覧をご確認ください。

**保険料の引き落とし**
右のスケジュール一覧をご確認ください。登録された口座より引き落としとなります。引き落とし以外の方法での集金はできませんのでご注意ください。

**加入者カードの送付**
加入者カードは大切に保管してください。また、初回保険料引き落とし後3か月を経過しても加入者カードが届かない場合は、損保ジャパンまでご照会ください。

**契約継続時の取扱い**
既加入者については、前年と同等条件で継続加入を行う場合は加入依頼書兼告知書の提出は不要です。継続加入を行わない場合、または前年と条件を変更して加入を行う場合は、その内容を記載した書類の提出が必要となります。

**スケジュール一覧**

| ① 加入依頼書兼告知書提出締切日 | ② 保険開始日 | ③ 第1回保険料引き落とし日 | ④ 契約更改日 |
|---|---|---|---|
| 毎月20日 | ①の翌々月1日 | ②の当月5日 | 翌年1月1日 |

**［保険料の自動引き落としができなかった場合］**
●初回保険料が引き落としできなかった場合は、その翌月2回分の引き落としの請求をします。初回保険料が2回連続して引き落としできなかった場合は、申込みは無効となります。
●第2回目以降の保険料引き落としができなかった場合は、翌月2回分の引き落としの請求をします。保険料が2か月連続して引き落としできなかった場合は、最終保険料引落月の翌月1日に保険契約は失効となります。

**［契約の変更や解約をしたい場合］**
加入窓口までご連絡ください。

**［生協を脱退する場合］**
このコープの介護・認知症保険は生協組合員を対象とした制度のため、コープの介護・認知症保険も脱退の手続きをさせていただきます。

## 告知書の個人情報の取扱いに関する事項

損保ジャパンは、この告知書に記載された個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①および②、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供を行います。
①損保ジャパンが、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
②損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。
なお、保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。損保ジャパンの個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（https://www.sompo-japan.co.jp/）をご覧いただくか、募集文書掲載の取扱代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせください。

## ご加入内容確認事項

本確認事項は、万一の事故の際にお客さまに安心して保険をご利用いただくために、ご加入いただく保険商品がお客さまのご意向に沿っていること、ご加入いただくうえで特に重要な事項を正しくご記入いただいていること等をお客さまご自身に確認していただくためのものです。
お手数ですが、以下の事項について、再度ご確認ください。なお、ご確認にあたりご不明な点がございましたら、パンフレットに記載の問い合わせ先までご連絡ください。

**1 保険商品の次の補償内容等が、お客さまのご意向に沿っているかをご確認ください。**
□ 補償の内容（保険金の種類）、セットされる特約　□ 保険金額　□ 保険期間
□ 保険料、保険料払込方法　□ 満期返れい金・契約者配当金がないこと

**2 ご加入いただく内容に誤りがないかをご確認ください。**
以下の項目は、保険料を正しく算出したり、保険金を適切にお支払いしたりする際に必要な項目です。
内容をよくご確認ください（告知事項について、正しく告知されているかをご確認ください。）。
□ 被保険者の「生年月日」（または「満年齢」）、「性別」は正しいですか。
□ パンフレットに記載の「他の保険契約等」について、正しく告知されているかをご確認いただきましたか。
□ 以下の【補償重複についての注意事項】をご確認いただきましたか。
【補償重複についての注意事項】補償内容が同様のご契約が他にある場合は、補償が重複することがあります。
補償が重複すると、対象となる事故については、どちらのご契約からでも補償されますが、いずれか一方のご契約からは保険金が支払われない場合があります。ご加入にあたっては、補償内容の差異や保険金額をご確認いただき、補償・特約の要否をご判断ください。




**3 お客さまにとって重要な事項（契約概要・注意喚起情報の記載事項）をご確認いただきましたか。**
□ 特に「注意喚起情報」には、「保険金をお支払いできない主な場合」等お客さまにとって不利益となる情報や、「告知義務・通知義務」が記載されていますので必ずご確認ください。

## お問い合わせ先（保険会社等の相談・苦情・連絡窓口）

**取扱代理店・引受保険会社**　●保険商品の内容全般や補償内容に関するお問い合わせは、取扱代理店または損保ジャパンまでご連絡ください。

●取扱代理店
**コープ保険プラザ　株式会社コープエイシス**
〒658-0081 神戸市東灘区田中町5丁目3番20号
TEL 0120-156-980　：　FAX 078-451-7680
（受付時間：午前9時から午後5時まで（日曜日・12/30～1/3除く））

●引受保険会社
損害保険ジャパン株式会社　神戸支店　法人第一支社
〒650-8501 兵庫県神戸市中央区栄町通3-3-17 損保ジャパン神戸ビル
TEL 050-3788-7616　：　FAX 078-333-2674
（受付時間：平日の午前9時から午後5時まで）

●**お客さま告知相談窓口**　**TEL：0120-101-591**
告知に関するご相談は右記までご連絡ください。受付時間：平日　午前9時から午後5時まで（12月31日から1月3日を除きます。）

●**保険金請求に関するお問い合わせ窓口**
事故が起こった場合は、ただちに取扱代理店または損保ジャパンの下記窓口までご連絡ください。
**【窓口：事故サポートセンター】　TEL：0120-727-110**（受付時間：24時間365日）

●**損保ジャパンへの相談・苦情窓口**　損保ジャパンへの相談・苦情に関しては下記のカスタマーセンターまでご連絡ください。
損保ジャパン　カスタマーセンター：**TEL：0120-888-089**
受付時間：平日　午前9時から午後8時まで　土日祝日　午前9時から午後5時まで（12月31日から1月3日までは休業）
※ご契約内容の詳細や事故に関するお問い合わせは、取扱代理店・営業店・保険金サービス課へお取次ぎさせていただく場合がございます。
＜損保ジャパン公式ウェブサイト＞ https://www.sompo-japan.co.jp/

●**保険会社との間で問題を解決できない場合（指定紛争解決機関）**
損保ジャパンは、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。損保ジャパンとの間で問題を解決できない場合には、一般社団法人日本損害保険協会に解決の申し立てを行うことができます。
**【窓口：一般社団法人 日本損害保険協会 そんぽADRセンター】**
**TEL：03-4332-5241**（全国共通）※おかけ間違いにご注意ください。受付時間：平日の午前9時15分～午後5時（土・日・祝日・12/30～1/4は休業）
詳しくは、一般社団法人日本損害保険協会のホームページをご覧ください。（https://www.sonpo.or.jp/）

募集文書作成部署　損害保険ジャパン株式会社　団体・公務開発部第一課　〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1　TEL 050-3808-5528

●取扱代理店は引受保険会社との委託契約に基づき、お客さまからの告知の受領、保険契約の締結・管理業務等の代理業務を行っております。したがいまして、取扱代理店とご締結いただいて有効に成立したご契約につきましては、引受保険会社と直接契約されたものとなります。
●このパンフレットは概要を説明したものです。詳細につきましては、ご契約者である団体の代表者の方にお渡ししております約款等に記載しています。必要に応じて、団体までご請求いただくか、損保ジャパン公式ウェブサイト（https://www.sompo-japan.co.jp/）でご参照ください（ご契約内容が異なっていたり、公式ウェブサイトに約款・ご契約のしおりを掲載していない商品もあります。）。
ご不明点等がある場合には、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。
●加入者カードは大切に保管してください。また、3か月を経過しても加入者カードが届かない場合は、パンフレット記載の問い合わせ先までご照会ください。

**株式会社コープエイシスにおけるお客様の個人情報の取扱いについて**
**1. 利用目的**
お預かりいたしました個人情報は、保険代理業及び保険募集に関する業務（損害保険・生命保険の募集及び契約管理）等のために利用させていただきます。なお、法令に基づく場合を除き、ご本人の同意を得ることなく、これらの目的以外に利用または第三者に提供することはありません。
**2. 個人情報の取り扱いに関する申し出先**
〒658-0081 兵庫県神戸市東灘区田中町5丁目3番20号　株式会社コープエイシス
個人情報 苦情・相談窓口　078-441-9229（9:00～16:40、土日祝・12/30～1/3以外）　Eメールアドレス：kanri@coop-assis.co.jp
**3. 個人情報保護管理者**　株式会社コープエイシス　取締役統轄本部長
**4. 株式会社コープエイシス個人情報保護方針**　詳しくは、弊社ホームページ（https://www.coop-assis.co.jp）でご確認ください。


SJI26-14394　作成日：2026年10月16日