

# 従相保険クラブ

従事者相互保険（災害保障特約付団体定期保険）  
総合医療保険（団体型）

## 事務の手引き

お問合せ先  
（新規・異動書類等および給付書類の請求・提出先）

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷1-5-6  
公益財団法人社会福祉振興・試験センター内  
従相保険クラブ事務局  
TEL: 03-3486-7511 FAX: 03-3486-7514

※書類を郵送される場合は 裏表紙の書類提出用のラベルをコピーして  
ご利用ください（切手不要）。

提出書類の一部を当センターのホームページから  
ダウンロードできます。

URL : [https://www.sssc.or.jp/hoken/hoken\\_01\\_office.html](https://www.sssc.or.jp/hoken/hoken_01_office.html)



この冊子は大切に保管してください。

2026年2月改訂

# 従相保険クラブ 事務の手引き 目 次

1. 従相保険クラブの概要	3
(1) 概要	3
(2) 保険の仕組み	3
(3) 保険期間と効力発生日（加入日）	4
(4) 加入対象および加入資格	5
(5) 加入資格者全員加入の原則	5
(6) 異動手続きのスケジュール（例）	5
2. 給付内容および掛金	6
(1) 加入コースの選択と保障の内容	6
ケガ・病気等入院1,000円コース	7
ケガ・病気等入院2,000円コース	8
ケガ・病気等入院3,000円コース	9
従事者相互保険単独コース	10
(2) 掛金の払込み	11
(3) 自動引落としを利用する場合の手続き	11
(4) 掛金の精算と割戻金	11
3. 新規採用（途中採用を含む）・退職・施設間異動（転入・転出）等による 異動手続き（毎月異動）	12
(1) 新規採用（途中採用を含む）の役職員の加入手続き	14
(2) 退職による脱退手続き	19
(3) 死亡による脱退手続き	20
(4) 高度障がいによる脱退手続き	20
(5) 施設間の転入・転出の手続き	20
(6) 加入期間満期の脱退処理	21
4. 更新時の加入内容の確認	25
(1) 更新時に送付される書類	25
(2) 提出が必要な場合	25
5. 施設を新たに開設した場合の加入の手続き	32
(1) 新たに開設した施設の役職員を既加入施設の役職員として管理する場合	32
(2) 既加入施設とは別に、新たに開設した施設で役職員を管理する場合	32
6. 法人一括管理への移行手続き	33
(1) 基幹施設（残る施設）	33
(2) 統合される施設	33

7. 脱退について .....	33
8. 請求手続き .....	38
(1) 従事者相互保険（保険金・給付金）の請求手続き	
ア. 保障の種類別の必要書類	
イ. 「保険金・給付金 請求書」	
ウ. 「死亡診断書（死体検案書）のコピー」	
エ. 「障がい診断書」	
オ. 入院内容報告書と医療機関発行の領収証（コピー）について	
(2) 総合医療保険（給付金）の請求手続き	
ア. 必要書類 .....	42
イ. 「総合医療保険（団体型）給付金請求書」	
ウ. 「入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）」	
エ. 海外の病院または診療所に入院した場合	
口座振替取扱金融機関一覧	
県コード一覧	
施設種類コード一覧 .....	54
.....	56
告知書封入について .....	57
受取人払送付用ラベル .....	59
.....	裏表紙

# 1. 従相保険クラブの概要

## (1) 概要

ア. 従相保険クラブとは、社会福祉施設または法人（以下、「施設等」という）の役職員がご加入・利用をいただける保険制度とサービスからなる福利厚生制度です。

### 従相保険クラブ

- ①死亡や不慮の事故による入院等を保障する「社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）」  
（以下、『従事者相互保険』という）
- ②役職員の余暇や健康をサポートする「N-コンシェルジュ」サービス  
※「N-コンシェルジュ」サービスは、「従事者相互保険」に加入された施設等の役職員の方がご利用いただけます。
- ③ケガ・病気等の入院を保障する「総合医療保険（総合医療保険（団体型））」  
※「総合医療保険」は「従事者相互保険」とセットでご加入いただく必要があります。  
（「総合医療保険」のみでのご加入はできません。）
- ④お申し出のないかぎり、毎年自動的に継続加入となります。  
※毎年7月1日時点で年齢70歳6カ月以下の方

イ. 歴史ある「従事者相互保険」に加え、令和5年より「N-コンシェルジュ」サービスと「総合医療保険」を新たに設け、制度全体をリニューアルいたしました。

## (2) 保険の仕組み

ア. 「従事者相互保険」は、施設等の役職員が病気、災害、事故、ケガ等により死亡・傷害を被った場合に対して、お手頃な掛金で万一に備える保障を確保できる団体定期保険です。（※）

（公益財団法人社会福祉振興・試験センター（以下「センター」という。）が生命保険会社（事務幹事会社は日本生命保険相互会社）と交わした災害保障特約付団体定期保険契約に基づき事業運営を行っています。）

イ. 「総合医療保険」は、施設等の役職員がケガや病気により入院した場合に、入院1日あたり一定額の保障を行う団体医療保険です。（※）

（センターが日本生命保険相互会社と交わした総合医療保険（団体型）契約に基づき運営を行っています。）

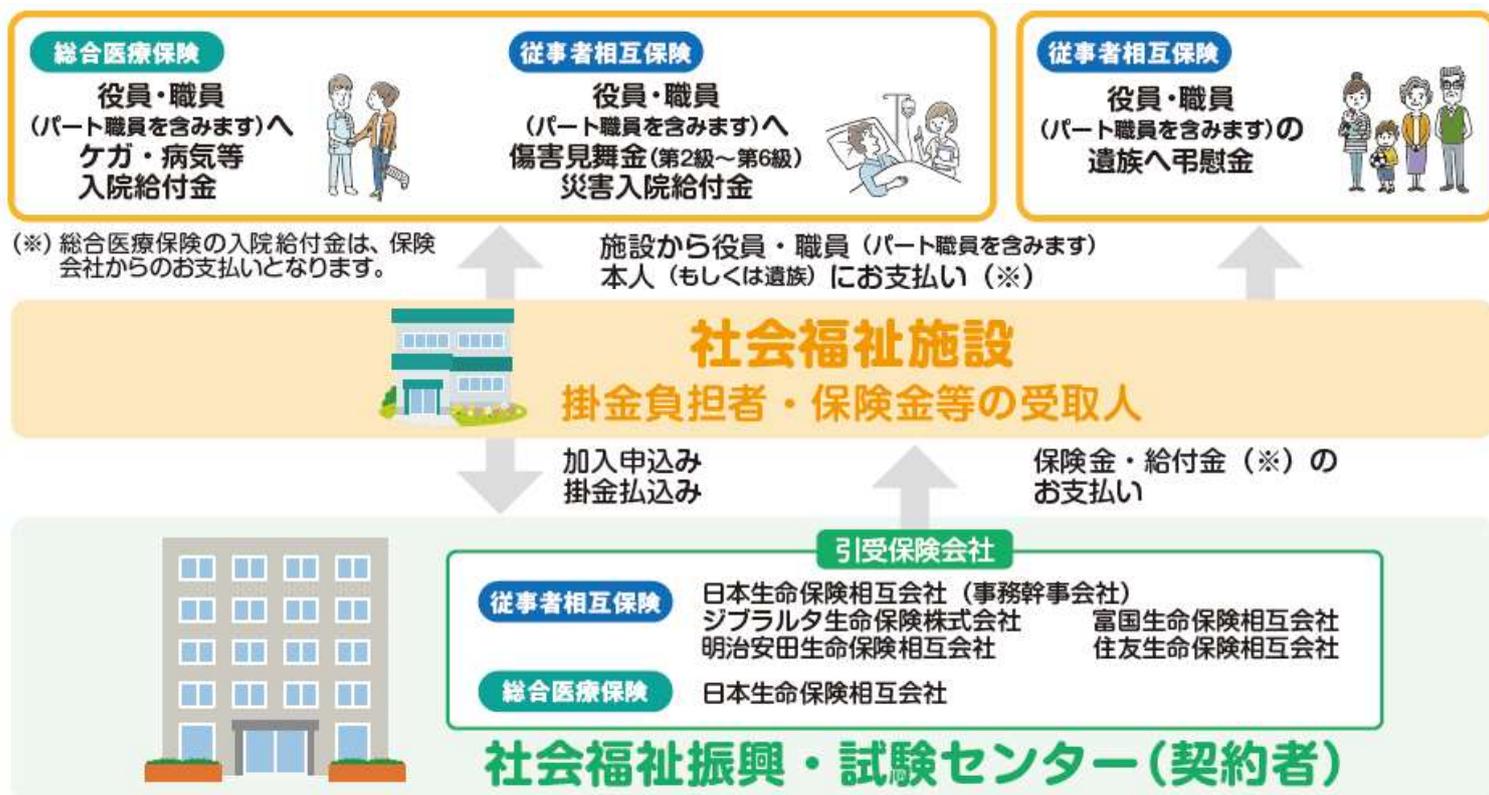
（※）各保険の保障内容は従相保険クラブのパンフレットをご覧ください。

ウ. 施設等は、センターに加入役職員人数分の掛金を支払い（半年払・年2回）、センターは生命保険会社に加入役職員人数分の保険料を支払います。

エ. 加入役職員に保険金・給付金の支払事由が発生した場合は、受取人からの請求に基づき、センターが生命保険会社に保険金・給付金を請求し、生命保険会社から受取人に保険金・給付金を支払います。

なお、総合医療保険については、生命保険会社から加入役職員に給付金を直接お支払いすることを原則としています。

# ◆ 従相保険クラブのしくみ



(直近の引受保険会社は、パンフレットをご確認ください。)

## (3) 保険期間と効力発生日(加入日)

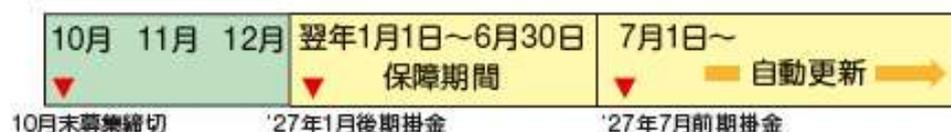
- ア. 保険期間：毎年7月1日から翌年の6月30日までの1年間です。  
以降は毎年7月1日を更新日とし、保険期間1年で更新します。以後、お申し出のないかぎり、毎年自動的に継続加入となります。  
※毎年7月1日時点で年齢70歳6カ月以下の方
- イ. 効力発生日：新規施設・団体の加入申込みは年2回で、その加入日(効力発生日)は、(加入日) 7月1日と1月1日です。

### 【新規施設加入】

#### 前期募集



#### 後期募集



#### (4) 加入対象および加入資格

- ア. 加入対象は、社会福祉法第2条に定める社会福祉事業を行う者、介護保険法第8条および第8条の2に定める介護保険サービスを行う事業者ならびに老人福祉法に規定する有料老人ホームを経営する者です。
- イ. 加入資格は、上記施設および団体に勤務されている役員・職員（パート職員を含みます）で、効力発生日現在、年齢14歳6カ月を超え、年齢70歳6カ月以下の方で、健康で正常に就業している方です。
- （例）前期募集（7月1日効力発生日）1956年1月2日～2012年1月1日生まれの方  
後期募集（1月1日効力発生日）1956年7月2日～2012年7月1日生まれの方

#### (5) 加入資格者全員加入の原則

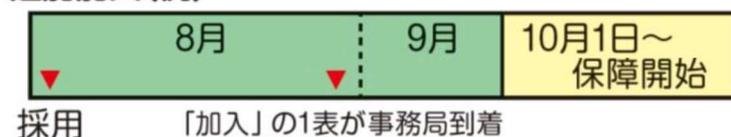
- ア. 加入日（継続加入日）現在の加入資格者は、施設単位で全員同一コースにご加入いただきます。常勤、パート勤務の別を問いません（特定の個人を意図的に除くことはできません）。
- なお、ご加入ルール（ご加入コース・加入資格）の変更は更新時（7月1日）のみ可能です。
- イ. 新規加入または保障額が増額となる場合は、加入者（被保険者）の同意を必要とします。同意確認は加入者の「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」への記名・押印により行います。

※死亡保険金・給付金のご請求に際しては、死亡の場合は被保険者の遺族、高度障がい保険金および障がい・入院給付金の場合は被保険者本人の了知が必要です。また遺族の了知は、労働基準法施行規則第42条、第43条に定める者（配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹）の範囲内の方にいただいでください。

#### (6) 異動手続きのスケジュール

- ア. 新規採用による追加加入、退職による脱退、同一法人内の転入（新規加入扱い）や転出（脱退扱い）の異動手続きは、更新時だけでなく発生の都度「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」を月ごとに従相保険クラブ事務局宛に郵送してください。
- イ. **追加加入については、月末（消印有効）までに「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」が従相保険クラブ事務局に到着した場合、翌々月1日の加入となります。**（ただし、契約更新月（7月）と後期募集（1月）の締切日は別に定めます。）
- ウ. 転出入については、転出元・転入先それぞれからの異動報告をもって手続きをおこなうこととしていますので、転出元および転入先はそれぞれ連携して、手続きをおこなうようお願いいたします。また、一方の「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」のみ提出された際は、正しく手続きが行われず保障がなくなる場合がありますので、必ず両方の「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」をご提出ください。

##### 追加加入(例)



## 2. 給付内容および掛金

### (1) 加入コースの選択と保障の内容

#### ア. 加入コース

全24コース（A0コースからF3コース）の中からいずれか1コースを選んでご加入いただきます。加入コースは、施設（または法人）単位で全員同一のコースにご加入いただきます。

〔 A1からF3コースは従事者相互保険と総合医療保険がセットになったコース、  
A0からF0コースは従事者相互保険のみのコースとなります。 〕

#### イ. 保障の種類およびコース別保障額と掛金

次ページ以降に記載の保障の種類・支払事由により、コース別保障額が支払われます。また、掛金はそれぞれのコースごとに定められています。

【掛金の例】 役職員数50名の施設がD1コース（1名あたりの半年分掛金は5,730円）に加入した場合の年間掛金額

振込の場合・・・50名×5,730円×年2回 = 年間573,000円

自動引落しの場合・・・50名×5,730円×0.99×年2回 = 年間567,270円  
(自動引落しの場合は、1% (5,730円) 割引となります)

※2026年7月から掛金が改定となります。下表は改定後の掛金を掲載しています。

## 従相保険クラブ ケガ・病気等入院1,000円コース

コース		A1	B1	C1	D1	E1	F1
掛金	(月換算)	685円	775円	865円	955円	1,135円	1,315円
	半年分(1名あたり)	4,110円	4,650円	5,190円	5,730円	6,810円	7,890円

保障の種類				保障額					
従事者相互保険	死亡・高度障がい	普通死亡弔慰金 (死亡保険金)	疾病により死亡されたとき	150万円	200万円	250万円	300万円	400万円	500万円
		普通高度障がい見舞金 (高度障がい保険金)	疾病により所定の高度障がい状態になったとき [16ページ参照]						
		災害死亡弔慰金 (死亡保険金+災害保険金)	不慮の事故(所定の感染症を含む)により死亡されたとき	230万円	280万円	330万円	380万円	480万円	580万円
		災害高度障がい見舞金 (高度障がい保険金+障がい給付金)(※3)	不慮の事故により19ページ別表の第1級に該当したとき						
総合医療保険	入院・障がい	ケガ・病気等入院給付金 (入院給付金)	ケガや病気等により1泊2日以上継続して入院されたとき(※2)	<1日あたりの給付額(1日目から給付)> 1,000円					
		災害入院給付金 (入院給付金)	不慮の事故により5日以上入院されたとき(※1)	<1日あたりの給付額(1日目から給付)> 1,200円					
		傷害見舞金 (障がい給付金)(※3)	不慮の事故により19ページ別表の第2級に該当したとき	56万円					
不慮の事故により19ページ別表の第3級に該当したとき	40万円								
不慮の事故により19ページ別表の第4級に該当したとき	24万円								
不慮の事故により19ページ別表の第5級に該当したとき	12万円								
不慮の事故により19ページ別表の第6級に該当したとき	8万円								

付帯サービス	N-コンサルジュ	加入職員 全員 利用可能!(※4)
--------	----------	-------------------

- (※1) ただし、同一の不慮の事故による入院について、120日(入院日数)を限度とします。
- (※2) 1回の入院については62日(入院日数)、通算1,095日をお支払い限度とします。  
詳細については、従相保険クラブのパンフレット20ページをご確認ください。
- (※3) 障がい給付金の額は、障がいの程度(障がい等級)に応じて定まります。  
不慮の事故により障がい等級1級となった場合は、上記の「災害高度障がい見舞金(高度障がい保険金+障がい給付金)」が支払われます。
- (※4) 配偶者・二親等以内のご親族もご利用いただけます。  
※上記は確定掛金です。ただし、掛金は毎年の更新日に再計算し適用します。  
※上記掛金には運営事務費が含まれています。詳細はパンフレット裏表紙に記載の<団体お問合せ先>にご照会ください。  
※上記掛金の従事者相互保険および総合医療保険の掛金の内訳はパンフレット25ページをご参照ください。  
※上記表中のページ数はパンフレットのページ数となります。

※2026年7月から掛金が改定となります。下表は改定後の掛金を掲載しています。

**従相保険クラブ ケガ・病気等入院2,000円コース**

コース		A2	B2	C2	D2	E2	F2
掛金	(月換算)	980円	1,070円	1,160円	1,250円	1,430円	1,610円
	半年分(1名あたり)	5,880円	6,420円	6,960円	7,500円	8,580円	9,660円

		保障の種類		保障額						
従事者相互保険	死亡・高度障がい	普通死亡弔慰金 (死亡保険金)	疾病により死亡されたとき	150万円	200万円	250万円	300万円	400万円	500万円	
		普通高度障がい見舞金 (高度障がい保険金)	疾病により所定の高度障がい状態になったとき [16ページ参照]							
		災害死亡弔慰金 (死亡保険金+災害保険金)	不慮の事故(所定の感染症を含む)により死亡されたとき	230万円	280万円	330万円	380万円	480万円	580万円	
		災害高度障がい見舞金 (高度障がい保険金+障がい給付金)(※3)	不慮の事故により19ページ別表の第1級に該当したとき							
保障内容・商品名	総合医療保険	ケガ・病気等入院給付金 (入院給付金)	ケガや病気等により1泊2日以上継続して入院されたとき(※2)	<1日あたりの給付額(1日目から給付)> 2,000円						
		災害入院給付金 (入院給付金)	不慮の事故により5日以上入院されたとき(※1)	<1日あたりの給付額(1日目から給付)> 1,200円						
	従事者相互保険	入院・障がい	傷害見舞金 (障がい給付金)(※3)	不慮の事故により19ページ別表の第2級に該当したとき	56万円					
				不慮の事故により19ページ別表の第3級に該当したとき	40万円					
				不慮の事故により19ページ別表の第4級に該当したとき	24万円					
				不慮の事故により19ページ別表の第5級に該当したとき	12万円					
				不慮の事故により19ページ別表の第6級に該当したとき	8万円					

付帯サービス	N-コンシェルジュ	加入職員 全員 利用可能!(※4)
--------	-----------	-------------------

- (※1) ただし、同一の不慮の事故による入院について、120日(入院日数)を限度とします。
- (※2) 1回の入院については62日(入院日数)、通算1,095日をお支払い限度とします。  
詳細については従相保険クラブのパンフレット20ページをご確認ください。
- (※3) 障がい給付金の額は、障がいの程度(障がい等級)に応じて定まります。  
不慮の事故により障がい等級1級となった場合は上記の「災害高度障がい見舞金(高度障がい保険金+障がい給付金)」が支払われます。
- (※4) 配偶者・二親等以内のご親族もご利用いただけます。  
※上記は確定掛金です。ただし、掛金は毎年の更新日に再計算し適用します。  
※上記掛金には運営事務費が含まれています。詳細はパンフレット裏表紙に記載の<団体お問合せ先>にご照会ください。  
※上記掛金の従事者相互保険および総合医療保険の掛金の内訳はパンフレット25ページをご参照ください。  
※上記表中のページ数はパンフレットのページ数となります。

※2026年7月から掛金が改定となります。下表は改定後の掛金を掲載しています。

### 従相保険クラブ ケガ・病気等入院3,000円コース

コース		A3	B3	C3	D3	E3	F3
掛金	(月換算)	1,275円	1,365円	1,455円	1,545円	1,725円	1,905円
	半年分(1名あたり)	7,650円	8,190円	8,730円	9,270円	10,350円	11,430円

		保障の種類		保障額						
従事者相互保険	死亡・高度障がい	普通死亡弔慰金 (死亡保険金)	疾病により死亡されたとき	150万円	200万円	250万円	300万円	400万円	500万円	
		普通高度障がい見舞金 (高度障がい保険金)	疾病により所定の高度障がい状態になったとき 【16ページ参照】							
		災害死亡弔慰金 (死亡保険金+災害保険金)	不慮の事故(所定の感染症を含む)により死亡されたとき	230万円	280万円	330万円	380万円	480万円	580万円	
		災害高度障がい見舞金 (高度障がい保険金+障がい給付金)(※3)	不慮の事故により19ページ別表の第1級に該当したとき							
総合医療保険	ケガ・病気等入院給付金 (入院給付金)	ケガや病気等により1泊2日以上継続して入院されたとき(※2)		<1日あたりの給付額(1日目から給付)> 3,000円						
		災害入院給付金 (入院給付金)		不慮の事故により5日以上入院されたとき(※1)		<1日あたりの給付額(1日目から給付)> 1,200円				
	従事者相互保険	入院・障がい	傷害見舞金 (障がい給付金)(※3)		不慮の事故により19ページ別表の第2級に該当したとき		56万円			
					不慮の事故により19ページ別表の第3級に該当したとき		40万円			
					不慮の事故により19ページ別表の第4級に該当したとき		24万円			
					不慮の事故により19ページ別表の第5級に該当したとき		12万円			
				不慮の事故により19ページ別表の第6級に該当したとき		8万円				

付帯サービス	N-コンシェルジュ	加入職員 全員 利用可能!(※4)
--------	-----------	-------------------

- (※1) ただし、同一の不慮の事故による入院について、120日(入院日数)を限度とします。
- (※2) 1回の入院については62日(入院日数)、通算1,095日をお支払い限度とします。  
詳細については従相保険クラブのパンフレット20ページをご確認ください。
- (※3) 障がい給付金の額は、障がいの程度(障がい等級)に応じて定まります。  
不慮の事故により障がい等級1級となった場合は上記の「災害高度障がい見舞金(高度障がい保険金+障がい給付金)」が支払われます。
- (※4) 配偶者・二親等以内のご親族もご利用いただけます。  
※上記は確定掛金です。ただし、掛金は毎年の更新日に再計算し適用します。  
※上記掛金には運営事務費が含まれています。詳細はパンフレット裏表紙に記載の<団体お問合せ先>にご照会ください。  
※上記掛金の従事者相互保険および総合医療保険の掛金の内訳はパンフレット25ページをご参照ください。  
※上記表中のページ数はパンフレットのページ数となります。

※2026年7月から掛金が改定となります。下表は改定後の掛金を掲載しています。

## 従相保険クラブ 従事者相互保険単独コース

コース		A0	B0	C0	D0	E0	F0
掛金	(月換算)	390円	480円	570円	660円	840円	1,020円
	半年分(1名あたり)	2,340円	2,880円	3,420円	3,960円	5,040円	6,120円

保障の種類			保障額								
保障内容・商品名	従事者相互保険	死亡・高度障がい	普通死亡弔慰金 (死亡保険金)	疾病により 死亡されたとき	150万円	200万円	250万円	300万円	400万円	500万円	
			普通高度障がい 見舞金 (高度障がい保険金)	疾病により 所定の高度障がい 状態になったとき 〔16ページ参照〕							
			災害死亡弔慰金 (死亡保険金+ 災害保険金)	不慮の事故(所定の 感染症を含む)により 死亡されたとき	230万円	280万円	330万円	380万円	480万円	580万円	
			災害高度障がい 見舞金 (高度障がい保険金+ 障がい給付金)(※2)	不慮の事故により 19ページ別表の 第1級に該当したとき							
	入院・障がい	従事者相互保険	災害入院給付金 (入院給付金)	不慮の事故により 5日以上入院 されたとき(※1)	<1日あたりの給付額(1日目から給付)> 1,200円						
				傷害見舞金 (障がい給付金) (※2)	不慮の事故により 19ページ別表の 第2級に該当したとき	56万円					
					不慮の事故により 19ページ別表の 第3級に該当したとき	40万円					
					不慮の事故により 19ページ別表の 第4級に該当したとき	24万円					
					不慮の事故により 19ページ別表の 第5級に該当したとき	12万円					
					不慮の事故により 19ページ別表の 第6級に該当したとき	8万円					
付帯サービス	N-コンシェルジュ		加入職員 全員 利用可能!(※3)								

(※1) ただし、同一の不慮の事故による入院について、120日(入院日数)を限度とします。

(※2) 障がい給付金の額は、障がいの程度(障がい等級)に応じて定まります。

不慮の事故により障がい等級1級となった場合は上記の「災害高度障がい見舞金(高度障がい保険金+障がい給付金)」が支払われます。

(※3) 配偶者・二親等以内のご親族もご利用いただけます。

※上記は確定掛金です。ただし、掛金は毎年更新日に再計算し適用します。

※上記掛金には運営事務費が含まれています。詳細はパンフレット裏表紙に記載の<団体お問合せ先>にご照会ください。

※上記掛金の従事者相互保険の掛金の内訳はパンフレット25ページをご参照ください。

※上記表中のページ数はパンフレットのページ数となります。

## (2) 掛金の払込み

掛金は、前期掛金（7月1日～12月31日分）および後期掛金（1月1日～6月30日分）の年2回払いです。お払込みいただく掛金は事務の簡素化等に配慮して、同じ額としています。

**お払込みいただく掛金 = (コース別掛金) × (7月1日現在の加入申込者数)**

- ア. 掛金は、ご指定の口座から自動引落としする方法と、施設等からお振込みいただく方法があります。
- イ. 払込額の案内は7月の初めと1月の初めに加入施設等あてに通知されます。
- ウ. 自動引落としの場合、掛金の1%が割引されます。
- エ. ゆうちょ銀行から振込む場合の振込手数料はセンターが負担します（ゆうちょ銀行以外の金融機関利用の場合は除く）。

## (3) 自動引落としを利用する場合の手続き

- ア. 「預金口座振替依頼書」の提出  
「預金口座振替依頼書」（35ページ、様式6）を取寄せたうえ、「預金口座振替依頼書」に必要事項を記入し、センターにご提出ください。  
なお、口座振替できるのは提携金融機関（55・56ページ）です。
- イ. 口座に変更があった場合はセンター事務局にご連絡いただき、用紙を取寄せてください。「預金口座振替依頼書」はセンターホームページから請求いただけます。
- ウ. 通帳には「サンエイ、シケンセンター」「サンエイシュウノウ」等と表示されます。

## (4) 掛金の精算と割戻金

### ア. 割戻金の還元

毎年度（7月1日から翌6月30日）の事業の決算において、生命保険会社へ支払った保険料から支払われた保険金を差引いた結果、剰余が生じた場合には、これが配当金として生命保険会社からセンターに支払われます。

この配当金から一部この事業の運営経費を差引いた金額を、センターから各施設等に加入コース、加入者数に応じた割戻金として還元します。

（割戻金は各年度の収支決算において生じた剰余を還元するものであり、将来のお支払いをお約束するものではありません。）

※総合医療保険については、当面の間、割戻金はありません。



### イ. 役職員の異動による掛金の増減と精算

7月1日時点の加入者数により、7月と1月に各半年分の掛金を納付していただきますが、他の月に役職員が異動し、1年間の払込掛金額に過不足が生じた場合は、センターから加入施設等に割戻金を還元する際に精算します。

### 3.新規採用(途中採用を含む)・退職・施設間異動(転入・転出)等による異動手続き(毎月異動)

## —従相保険クラブ事務局からのお願い—

### 1. 新規加入と脱退は、原則別々にご記入ください

1 新規加入の効力発生日は提出月の翌々月1日になります ※月末消印有効

〔例〕2026年10月1日に新入職員を採用し、10月に「加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)」をセンターへ提出した場合

社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)・総合医療保険(団体型) 加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)

効力発生日 令和8年12月1日

提出月の翌々月1日

2 脱退の効力発生日は加入資格喪失日の翌月1日になります

〔例〕2026年10月31日に退職した場合

社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)・総合医療保険(団体型) 加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)

効力発生日 令和8年11月1日

効力発生日は脱退の翌月1日(11月1日)をご記入ください

※7月に発送する名簿への反映が遅れる場合がありますが、割戻金支払い時に精算させていただきます。

### 3 転入転出は、転入日（翌々月1日）に合わせてください

〔例〕10月31日をもってA施設からB施設へ異動した場合

**A施設** → 転出を記載した「加入申込書兼告知書・異動報告書」(1表)」を提出

**B施設** → 転入を記載した「加入申込書兼告知書・異動報告書」(1表)」を提出

#### ★ご注意ください★

加入者の転入出は、転出元（A施設）、転入先（B施設）それぞれ異動手続きが必要です。

また、異動報告書（1表）に記載する効力発生日は、転入先の日付（提出する月の翌々月の1日）に合わせる必要がありますので、施設間で連絡をお取りいただきお手続きください。

（例 10月末までの消印で1表をご提出する場合、転出元、転入先いずれも効力発生日は12月1日となります。11月の提出の場合は、両施設とも効力発生日は1月1日となります。）

### 4 効力発生日が過去日付でも差し支えないものは、以下の表のAの項目になります

A	B
過去日付でも差し支えないもの※	翌々月1日（新規加入と合わせる手続き）
2：脱退	1：新規加入
5：氏名の変更・訂正	3：転出
6：生年月日訂正	4：転入
7：性別訂正	
8：死亡	

※上記AとBのように時期がずれるものについては、**別の用紙**にお書きください。

※Aのうち5：氏名の変更・訂正 6：生年月日訂正 7：性別訂正については、効力発生日が過去日付でも保険会社では遡及での訂正は行われません。保険会社が受付し、処理を行った時点から変更となります。

## 5 具体的な手続き方法

既加入施設において新たに役職員の採用または役職員の退職等(転入、転出等)が生じた際には異動手続きが必要です。その都度、以下を参照し速やかに手続きをしてください。

### (1) 新規採用(途中採用を含む)の役職員の加入手続き

#### ア.提出書類

- ①「社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)・総合医療保険(団体型)加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)」(以下、「異動報告書(1表)」という)(記入例15ページ、様式1-1)

**※告知欄が「有」に○印となった場合、②を提出していただく必要があります。**

- ②社会福祉施設従事者相互保険の告知欄が「有」となった場合(※)

→「(新)団体定期保険 被保険者の告知書」(以下、「告知書」という)

(記入例16ページ、様式2)

(※)なお、告知事項1に該当した場合は、その時点で加入不可となるため、被保険者の告知書をご提出いただく必要はありません。

総合医療保険の告知欄が「有」となった場合

→「総合医療保険(団体型) 被保険者の告知書」(以下、「告知書」という)

(記入例17ページ、様式3)

従事者相互保険(団体定期保険)のみの場合は様式2(青色)のみ、総合医療保険にも加入する場合は様式3(緑色)もあわせてご提出をお願いいたします。

告知書が不足する場合は、当センター事務局ホームページから印刷いただけます。

#### イ.新規採用(途中採用を含む)の役職員の加入手続き

- ①「異動報告書(1表)」に当該追加加入者についての必要事項を記入してください。

- ②「異動報告書(1表)」の「申込コード」欄は「1」(新規加入)を記入してください。

「被保険者の加入同意印」欄には、当該役職員が「同意印」を押印してください。

**告知欄は、施設の管理者が「無」「有」のいずれかに○印をしてください。**

- ③告知欄が「有」の場合は、当該職員が「告知書」(記入例16・17ページ、様式2・3)を作成し、「告知書提出用封筒」(60ページ)に封緘してください。

- ④加入日はセンター事務局へ上記書類を郵送した月(当月末日の消印有効)の翌々月1日です。

- ⑤加入資格は5ページをご確認ください。

(注)加入者として登録されないと保障されませんので、速やかに届出をお願いします。

提出書類に不備があった場合、加入する時期が遅れてしまいますのでご注意ください。

**Point** 新規加入時に特に多い不備は以下の2点です。

- ① 告知欄の○印の書き忘れ

(従事者相互保険で告知「有」の場合は告知事項2・3の該当の項目番号に○印をつける)

- ② 加入者による同意印の押印もれ

被保険者情報				社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)			総合医療保険(団体型)						
被保険者氏名(カタカナ)		被保険者の加入同意印 ★必要	性別	生年月日			現在の加入保険金額(万円)	申込保険金額(万円)	告知欄(※) 告知事項「2」「3」に該当する場合は記入してください。	現在の加入金額(円)	申込入院給付金日額(円)	告知欄(※) 告知欄を欄印のうち、記入してください。	
セイ	メイ		1.男性 2.女性	年	月	日							
サトウ	ユウコ	佐藤	2	3	5	8	1	2	0	8	3000	3000	告知欄(有)

これらの不備があると加入時期が遅れてしまいますので不備が無いようご確認をお願いいたします。

様式1-1 【記入例】「1.新規・4.転入」の場合 (加入申込書兼告知書・異動報告書(1表))

① 社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)・総合医療保険(団体型) 加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)

日本生命保険相互会社 行  
以下の「効力発生日」から効力が発生することを承知の上、以下被保険者について加入(増額)の申込みをします。なお、加入申込書兼告知書に記載の内容が事実と相違ない場合は、契約(約款)が付添いされている場合は、契約を申込みます。の  
内容または一部を削除または変更を願います。この申込みについては、被保険者の加入同意書をもって実施を行います。なお、契約締結後、社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)および総合医療保険(団体型)の告知事項を確認し、  
社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)については、以下の告知事項の1項に該当しないことを確認しました。

1. 被保険者同様の重要事項を十分に御確認ください。中途加入者、増額者等全員に対して契約内容の通知を行い、同意確認を実施していただきますようお願いいたします。 2. 生命保険会社の職員・代理店がお客様の告知に際し、事実を告知することを妨げたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧めることはありません。 3. 社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)については、次の方の新規加入・保険金増額等の場合には、以下告知事項2項、3項に該当しない場合でも「被保険者の告知書」を提出してください。 4. 「加入申込書兼告知書」等への記入の有無にかかわらず、当社で保有するお客様情報により、ご加入もしくは増額等をお断りすることがあります。	契約者 団体名：公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 代表者名：	届出印
--	--	-----

1 効力発生日 令和 8年 3月 1日 申込(告知)日(記入日) 令和 8年 1月 15日

2 施設の管理者の方が告知事項をご確認ください

3 法人名・施設名・施設印 福) 福寿鶴亀会 特養) 第二鶴峰園 所在地 東京都渋谷区渋谷1-8-8 代表者役職名・氏名 施設長 田中 鶴子	4 県コード 00013 施設種類コード 00202 事業所コード 9900009	告知事項 1. 告知日現在、病気やけがにより欠勤中の方がいます。 (病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤している方を含む) 2. 告知日から過去1年以内に、病気やけがにより継続して2週間以上欠勤された方がいます。(病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む) 3. 告知日現在、健康上の理由で勤務の特別措置(※)を受けている方がいます。 (※ 健康上の理由で勤務に制限を加える必要のある方で、勤務先または受診等の指示により勤務制限(白昼)継続の特別措置を受けている方をいいます) 4. 上記、告知事項(項目番号「1」)に該当する場合は、加入(増額)できません。 5. 上記、告知事項(項目番号「2」「3」)を確認のうえ、以下の告知欄(※)に記入してください。 - 該当しない場合... 「無」を○印で囲んでください。 - 該当する場合... 「有」を○印で囲んでください。 「被保険者の告知書」をあわせて提出してください。	5 告知事項 告知日から過去1年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上にわたり、欠勤された方はいます。 (病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む) 6 告知事項 告知日から過去1年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上にわたり、欠勤された方はいます。 (病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む) 7 告知事項 告知日から過去1年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上にわたり、欠勤された方はいます。 (病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む) 8 告知事項 告知日から過去1年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上にわたり、欠勤された方はいます。 (病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む) 9 告知事項 告知日から過去1年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上にわたり、欠勤された方はいます。 (病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む) 10 告知事項 告知日から過去1年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上にわたり、欠勤された方はいます。 (病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む)
--	---	--	---

申込コード	被保険者番号		被保険者氏名(カタカナ)		性別	生年月日	現在の加入保険金額(円)	申込保険金額(円)	告知欄(※)記入	現在の加入金額(円)	申込入院給付金額(円)	告知欄(※)記入	お届記入欄
	【お届の記入/前「0」不要】 (申込コード「1」, 新規加入の方は記入不要)	セイ	メイ	7									
1			サトウ タロウ	佐藤	13611027	500	500	○	0100	○			
4	859401		ヤマダ ハナコ	山田	23611027	500	500	○	0100	○		かがやき園	
4	859402		アンドウ タロウ	安藤	13410830	300	500	○	1000	○		きらめき園	
1			スズキ スズキ	鈴木	24100830	500	500	○	0100	○			
1			サイトウ ミキ	斎藤	24111225	500	500	○	0100	○			

申込書提出後については、変更(修正)をご確認ください。  
変更内容 ① 転入・転出 ② 告知事項 ③ 告知欄(※)記入 ④ 告知欄(※)記入  
変更内容 ① 転入・転出 ② 告知事項 ③ 告知欄(※)記入 ④ 告知欄(※)記入  
※「告知欄(※)記入」は、告知事項(項目番号「1」)に該当する場合は、加入(増額)できません。また、転入時に保険金額が増額となる場合は「告知欄」のご記入が必要です。告知欄の記入については、⑨⑩をご確認ください。

NO.	項目	内容	訂正印
①	効力発生日	提出月の翌々月1日となります。	施
②	申込(告知)日(記入日)	ご記入日となります。	施
③	法人名・施設名・施設印	法人名、施設名、所在地、代表者役職名・氏名をご記入のうえ、施設印を押印してください。 提出書類すべてに施設印の押印が必要です。	不要
④	県コード・施設種類コード・事業所コード	ご登録のコードを記入してください。	不要
⑤	申込コード	新規加入は「1」、転入は「4」を記入してください。※異動がある場合は必ず申込コードを記入してください。	施
⑥	被保険者情報記入欄	被保険者氏名欄は「カタカナ」のみ、性別は男性は「1」、女性は「2」、生年月日年号は昭和は「3」、平成は「4」を記入してください。	施
⑦	被保険者の加入同意印欄	被保険者(ご加入者)印を押印してください。(スタンプ印可、訂正用の豆印は不可)	被
⑧	申込保険金額/申込入院給付金日額欄	申込保険金額欄にご加入する保険金額を、申込入院給付金日額欄にご加入する入院給付金日額を記入してください。 総合医療保険のみのご加入はできません。(コースに従ってご加入ください。)	被
⑨	告知欄(従相)	施設管理者がそれぞれの被保険者について、告知事項いずれも該当なしの場合は「無」、ひとつでも該当ありの場合は「有」を○印で囲み、該当する項目番号を○印で囲んでください。「有」の場合、試験センターHPよりプリントした告知書を提出してください。 ※告知欄の記入がない場合、ご希望の加入月に加入いただけない場合があります。	施
⑩	告知欄(総医)	施設管理者がそれぞれの被保険者について、告知事項に該当なしの場合は「無」、該当ありの場合は「有」を○印で囲んでください。「有」の場合、試験センターHPよりプリントした告知書を提出してください。 ※告知欄の記入がない場合、ご希望の加入月に加入いただけない場合があります。	施
⑪	転入(申込コード「4」)の場合の被保険者情報記入欄	「被保険者番号」「被保険者氏名(カタカナ)」「性別」「生年月日」「現在の加入保険金額」「申込保険金額」「現在の加入金額」「申込入院給付金日額」「転出元施設名」をご記入のうえ、「被保険者の加入同意印」を押印してください。また、転入時に保険金額が増額となる場合は「告知欄」のご記入が必要です。告知欄の記入については、⑨⑩をご確認ください。	施
⑫	転入と同時に氏名等の訂正がある場合	申込コードは「4(転入)」を記入し、訂正後の氏名・生年月日・性別で記入してください。	施
⑬	申込みの取消(抹消)について	記入内容すべてに取消が発生した場合は、その行全体に対して二重線で抹消のうえ、施設印で訂正印を押印してください。	施
⑭	記載内容の訂正について	記入内容の一部に誤りがある場合は、訂正箇所を二重線抹消後、施設印を押印し、正しい内容を余白に記入してください。ただし、申込保険金額/申込入院給付金日額を訂正する場合は、施設印ではなく、被保険者の加入同意印欄に押印した同一印で訂正印を押印のうえ、正しい内容を余白に記入してください。	施/被

施：施設印 被：被保険者印

★ご注意ください★  
加入者の転出入は、転出元施設からの手続きも必要です。転入先施設は転出元施設と連絡を取って、必ず転出元施設からも手続きを行うようご確認ください。転入の届出のみで、転出の届出がない場合は二重加入となってしまいます。必ず、転出元・転入先の両施設から1表を提出してください。

# 従事者相互保険の告知欄が「有」の場合は提出が必要ですが (青色の「被保険者の告知書」になります)

## 「被保険者の告知書」記入要領

黒または青ボールペンで強くはつきりと楷書でご記入ください。(鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。)

1. 記入いただく前に必ずご確認ください。

「正しく告知いただくために」および「個人情報の取扱いについて」を被保険者にご確認いただき、正しく告知いただくことを当社に誓約いただく文言を記載しております。必ずこれらの内容をご確認いただいたうえで、告知書に自署・押印いただき、質問に正しくありのままご回答ください。

2. すべての項目を必ずご記入ください。

**【留意点】**  
 ・告知日は、必ず告知書を記入する日付をご記入ください。  
 ・印鑑は、申込書兼告知書に押印されたものと同一印を押印してください。  
 ・家族区分は「主たる被保険者から見た被保険者の続柄」をご記入ください。  
 ・【被保険者が満15歳未満の場合】親権者が親権者欄に署名・押印のうえ、被保険者について告知書にご記入ください。

3. 第1項～第4項の各項目中の質問について、一つでも該当する場合は「はい」に□印を、すべてに該当しない場合は「いいえ」に□印をしてください。

・「健康診断」とは、健康維持および疾病の早期発見のための診察・検査をいいます。  
 (例)○企業・学校が行う定期健康診断  
       ○採用時健康診断 ○自治体が行う検診等  
 ・健康診断または人間ドックを受診したものの、結果が未判明の場合、健康診断時の医師の問診結果(異常指摘の有無)に基づき告知してください。  
 (指摘ありは「はい」、指摘なしは「いいえ」に□印をしてください。)  
 ・過去1年以内に健康診断や人間ドックを受けていない方は、「いいえ」に□印をしてください。

The form is titled '(新)団体定期保険 被保険者の告知書' (New Group Term Insurance Policyholder Notification). It includes fields for:
 

- Registration No: 2-5595
- Organization: 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター
- Policyholder Name: ニッセイ タロウ
- Birth Date: 61年12月25日
- Medical History: 胆石 (Gallstones), 高血圧症 (Hypertension), 胆のう (Gallbladder)
- Health Check Results: 胆のう (Gallbladder), 血圧値 (Blood Pressure)
- Remarks: 上記のとおり (As above)

 Annotations include:
 

- Point 1: Confirmation of terms and conditions.
- Point 2: Filling out all items.
- Point 3: Marking 'Yes' or 'No' for health check questions.
- Point 4: Marking 'Yes' for specific health check questions.

【記号証券番号】  
932-5595

【団体名】  
公益財団法人  
社会福祉振興・試験センター

【事業所コード(5桁)  
被保険者番号]  
新規加入施設  
→記入不要  
既加入施設の既加入者  
→両方記入  
既加入施設の新規加入者  
→事業所コードのみ記入  
(99を除いた5桁)

4. 第1項～第4項の各項目中の質問のうち、一つでも「はい」に□印をされたときは、上の記入例を参考にして、右欄に詳細をご記入ください。

・詳細の記入の代わりに入院証明書などをご提出いただいても、告知いただいたことになりません。  
 ・各項の詳細を記入する際、以下にご注意ください。

**【第1項～第2項】**  
 ◆【医療機関名】欄へ受診した「医療機関名」をご記入ください。  
 (憶えている場合のみで結構です。)

**【第3項】**  
 ◆【要再検査】「要精密検査」「要治療」の場合、右欄に、その後の状況(検査有無、検査結果等)をご記入ください。

**【第4項】**  
 ◆原因となった病気やけがなどが第1項～第3項に該当する場合は、該当部分について詳細をご記入ください。  
 ◆視力については、矯正視力とその原因をご記入ください。  
 例)「障がいの程度」欄に、「左0.0 右1.0」

「被保険者の告知書」がない場合は、当センター事務局ホームページからダウンロードいただけます。  
 記入方法等の詳細は、「被保険者の告知書」の中に記載されておりますので、ご記入にあたってはそちらをご参照ください。

# 総合医療保険の告知欄が「有」の場合は提出が必要です （緑色の「被保険者の告知書」になります）

## 「被保険者の告知書」記入要領

黒または青ボールペンで強くはつきりと楷書でご記入ください。（鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。）

1. 記入いただく前に必ずご確認ください。

「正しく告知いただくために」および「個人情報の取扱いについて」を被保険者にご確認いただき、正しく告知いただくことを当社に誓約いただく文言を記載しております。必ずこれらの内容をご確認いただいたうえで、告知書に自署・押印いただき、質問に正しくありのままご回答ください。

2. すべての項目を必ずご記入ください。

**【留意点】**  
 ・告知日は、必ず告知書を記入する日付をご記入ください。  
 ・印鑑は、申込書兼告知書に押印されたものと同一印を押印してください。  
 ・家族区分は「主たる被保険者から見た被保険者の続柄」をご記入ください。  
 ・被保険者が満15歳未満の場合、親権者が親権者欄に署名・押印のうえ、被保険者について告知書にご記入ください。

3. 第1項～第5項の各項目中の質問について、一つでも該当する場合は「はい」に□印を、すべてに該当しない場合は「いいえ」に□印をしてください。

・「健康診断」とは、健康維持および疾病の早期発見のための診察・検査をいいます。  
 (例)○企業・学校が行う定期健康診断  
 ○採用時健康診断 ○自治体が行う検診 等  
 ・健康診断または人間ドックを受診したものの、結果が未判明の場合、健康診断時の医師の問診結果（異常指摘の有無）に基づき告知してください。  
 (指摘ありは「はい」、指摘なしは「いいえ」に□印をしてください。)  
 ・過去2年以内に健康診断や人間ドックを受けていない方は、「いいえ」に□印をしてください。

【記号証券番号】  
900-95235  
 【団体名】  
公益財団法人  
社会福祉振興・試験センター  
 【事業所コード（5桁）  
・被保険者番号】  
新規加入施設  
→記入不要  
既加入施設の既加入者  
→両方記入  
既加入施設の新規加入者  
→事業所コードのみ記入  
（99を除いた5桁）

4. 第1項～第5項の各項目中の質問のうち、一つでも「はい」に□印をされたときは、上の記入例を参考にして、右欄に詳細をご記入ください。

・詳細の記入の代わりに入院証明書などをご提出いただいても、告知いただいたことになりません。  
 ・各項の詳細を記入する際、以下にご注意ください。

- 【第1項～第3項】  
 ◆「医療機関名」欄へ受診した「医療機関名」をご記入ください。  
 (憶えている場合のみで結構です。)
- 【第4項】  
 ◆「要再検査」「要精密検査」「要治療」の場合、右欄に、その後の状況（検査有無、検査結果等）をご記入ください。
- 【第5項】  
 ◆原因となった病気やけがなどが第1項～第3項に該当する場合は、該当部分について詳細をご記入ください。  
 ◆視力については、矯正視力とその原因をご記入ください。  
 例)「障がいの程度」欄に、「左0.0 右1.0」  
 「原因」欄に、「20歳の時、仕事中の事故でガラスの破片が目に入り左目を失明」

「被保険者の告知書」がない場合は、当センター事務局ホームページからダウンロードいただけます。  
 記入方法等の詳細は、「被保険者の告知書」の中に記載されておりますので、ご記入にあたってはそちらをご参照ください。

様式4 告知書提出用封筒

【お願い】  
「被保険者の告知書」のご提出にあたっては、個人情報保護のため、最終ページの「告知書提出用封筒」（様式4）をコピーのうえ「被保険者の告知書」を封緘しご提出ください。

日本生命保険相互会社

③山折り

施設名 ( )

②山折り

この封筒で直接当社あてに郵送することはできません

- 【ご担当者様へのおお願い】  
被保険者様へお渡しの際は、  
記入いただきました書類は、  
お渡しください。
- 【被保険者様へのおお願い】  
手続きいただくようご依頼ください。

様の被保険者の告知書在中

④封入後山折り

①山折り

①のりしろ

## (2) 退職による脱退手続き

### ア.提出書類

「異動報告書(1表)」(記入例22ページ、様式1-2)

### イ.退職による脱退手続き

- ①「異動報告書(1表)」に脱退者について必要事項を記入してください。
- ②「異動報告書(1表)」の「申込コード」欄は「2」(脱退)を記入し、「申込保険金額」欄に「0」を記入してください。(「告知欄」「被保険者の加入同意印」「お届記入欄」への記入は不要です。)
- ③脱退日は「異動報告書(1表)」の効力発生日に記入いただいた月日(各月の1日)の**前月末**となります。  
(例:効力発生日に10月1日と記入した場合、9月30日が脱退日となります。)  
※更新締切後に提出されたものは7月名簿発送時に反映されませんが、割戻金支払い時に精算させていただきます。

### ウ.新規加入と脱退の手続きを同時に行う場合の手続き

新規加入者についての「異動報告書(1表)」と、脱退者についての「異動報告書(1表)」をそれぞれ作成しご提出ください。(新規加入者と脱退者は効力発生日が異なるため、1枚の「異動報告書(1表)」でお手続きをすることはできません。)

#### 【例】10/1に入社した方と、10/31に退職した方がいる場合の手続き

##### ①10/1に入社した方

加入日はセンター事務局へ「異動報告書(1表)」を郵送した月の翌々月1日となるため、入社が判明次第、速やかに「異動報告書(1表)」をご提出ください。

- ・8月末までにセンター事務局に書類を提出 ⇒ 10月1日新規加入
- ・9月末までにセンター事務局に書類を提出 ⇒ 11月1日新規加入
- ・10月末までにセンター事務局に書類を提出 ⇒ 12月1日新規加入

##### ②10/31に退職した方

脱退日は「異動報告書(1表)」の「効力発生日」欄に記入した月日の前月末となるため、「効力発生日」欄には「11月1日」と記入してください。

(その結果、10月31日に脱退となります)

なお、効力発生日が過去日付でも差し支えないものの項目は、13ページをご確認ください。

### (3) 死亡による脱退手続き

#### ア.提出書類

「異動報告書(1表)」(記入例28ページ、様式1-4)

#### イ.死亡による脱退手続き

死亡保険金をご請求の場合は、表紙に記載の事務局へご連絡ください。

- ①「異動報告書(1表)」に死亡脱退者について必要事項を記入してください。
- ②「申込コード」欄に「8」(死亡)を、「お届記入欄」に「死亡年月日」を記入し、提出してください。
- ③保険金の請求手続きをし、死亡保険金が支給された場合は、改めて脱退手続きをする必要はありません(自動的に脱退として取扱われます)。

### (4) 高度障がいによる脱退手続き

保険金の請求手続きをし、高度障がい保険金が支給された場合は、改めて脱退手続きをする必要はありません(自動的に脱退として取扱われます)。

### (5) 施設間の転入・転出の手続き

複数の施設を経営している法人において、施設単位で加入している場合に、施設間での人事異動があったケースでは、転出元施設は「転出の手続き」、転入先施設は「転入の手続き」がそれぞれ必要となります。

#### ア.提出書類

「異動報告書(1表)」(記入例23ページ(転出元施設)・24ページ(転入先施設)、様式1-3)

#### イ.転出・転入の手続き

- ①転出者・転入者については、転出元施設から転出の「異動報告書(1表)」を提出いただくことで一度制度を脱退し、転入先施設から転入の「異動報告書(1表)」を提出いただく事で再加入いただく手続きとなります。
- ②異動により、当該加入施設から他の加入施設に転出した場合は、「異動報告書(1表)」の「申込コード」欄に「3」(転出)を、「お届記入欄」に「転入先の施設名」を記入して提出してください(転出する職員の加入同意印は不要です)。
- ③異動により、他の施設から当該施設に転入してきた場合は、「異動報告書(1表)」の「申込コード」欄に「4」(転入)を、「お届記入欄」に「転出元の施設名」を記入し、転入される職員に加入同意印を押印いただき提出してください。

※異動報告書(1表)に記載する効力発生日は、転入先の日付(提出する月の翌々月の1日)に合わせる必要がありますので、施設間で連絡をお取りいただきお手続きください。

## (6) 加入期間満期の脱退処理

- ア. 満期脱退は、年齢70歳6カ月を経過した直後の6月30日が脱退日となります（保障も6月30日までとなります）。
- イ. 加入施設（法人）からの手続きは必要ありません。当センターにおいて加入者の年齢を把握していますので、一括で脱退の対応を行います。
- ウ. この満期加入者に該当した場合は、当センターから「長寿祝金」を贈呈します。加入施設（法人）からの申請は不要です。

### 【注意】

月末までに転出の届出のみで、転入の届出がセンター事務局に到着がない場合は翌月末に脱退となり、保障は継続されません。

必ず、転出元施設と転入先施設で連携し、両施設から効力発生日を合わせて「異動報告書（1表）」をご提出ください。

## Point

「異動報告書（1表）」の記入にあたって、記入したものを訂正される場合には、必ず訂正印を押印してください。

- 例① 申込コードを訂正するとき  
スズキさんが転入（コード4）ではなく脱退（コード2）だった場合

申込 コード	被保険者情報													
	被保険者番号							被保険者氏名（カタカナ）						
	【右づめ記入／前「0」不要】 （申込コード「1.新規加入」の方は記入不要）							セイ	メイ					
2	4	7	2	3	4	5	6	7	ス	ズ	キ	ユ	ウ	コ

施設印

- 例② 保険金額を書き損じたとき  
保険金額の書き損じは、必ず加入者が被保険者の加入同意印と同一印を訂正印として押印してください。

申込保険金額 (万円)		
<del>2</del>	<del>5</del>	<del>0</del>
3	0	0

鈴木

様式1-2【記入例】「退職による脱退」の場合（加入申込書兼告知書・異動報告書（1表））

1 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）・総合医療保険（団体型） 加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）

日本生命保険相互会社 行  
以下の「効力発生日」から効力が発生することを承認のうえ、以下被保険者について加入（増設）の申込みをします。なお、加入申込書兼告知書に記載の内容が事実と相違した場合は、契約（特約が付加されている場合は、特約を含みます。）の全部または一部を解除されることがあります。この申込みについては、被保険者の加入同意印をもって同意確認を行います。なお、契約者にて、社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）および総合医療保険（団体型）の告知事項を確認し、社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）については、以下の告知事項の1項に該当しないことを確認しました。

1. 被保険者同様の重要性を十分に把握いただき、中途加入者、増設被保険者に対して契約内容の通知を行い、同意確認を実施していただきますようお願いいたします。 2. 生命保険会社の職員・代理人がお客様の告知に際し、事実を告知することを妨げたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧めるような動きはありません。 3. 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）について、次の告知事項の1項に該当しない場合は、「被保険者の告知書」をご確認ください。 4. 被保険者等の加入が認められた時点で、滞動ではない等の理由により、以下の告知事項に該当するかどうかの判断が困難な方は、ご記入ください。	契約者 団体名：公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 代表者名：	届出印
--	--	-----

効力発生日 令和 8 年 11 月 1 日  
申込（告知）日（記入日） 令和 8 年 10 月 15 日

施設の管理者の方が告知事項をご確認ください

3 福) 福寿鶴亀会  
特養) 第二鶴峰園  
所在地 東京都渋谷区渋谷1-8-8  
代表者役職名・氏名 施設長 田中 鶴子

告知事項  
1. 告知日現在、病気やけがにより欠勤中の方がいますか。  
2. 告知日から過去1年以内に、病気やけがにより欠勤して2週間以上欠勤された方がいますか。  
3. 告知日現在、健康上の理由で勤務の特別装（服）を受けている方がいますか。  
※ 健康上の理由で勤務に制限を加える必要のある方、医師または薬剤師等の指示により労働時間（日数）短縮の特別装を受けている場合をいいます。

4 県コード 00013 施設種類コード 00202 事業所コード 00009

被保険者情報				社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）		総合医療保険（団体型）		お届記入欄	
被保険者番号	被保険者氏名（カタカナ）		性別	生年月日	現在の加入保険金額（万円）	告知欄（*）告知特約「2」「3」に該当する場合は記入してください。	現在の加入金額（円）	告知欄（*）告知特約「2」「3」に該当する場合は記入してください。	告知欄（*）告知特約「2」「3」に該当する場合は記入してください。
859401	アンドウ	タロウ	男	13611027	0	告知欄（*）告知特約「2」「3」に該当する場合は記入してください。	0	告知欄（*）告知特約「2」「3」に該当する場合は記入してください。	告知欄（*）告知特約「2」「3」に該当する場合は記入してください。

※【届出印】新規加入（記入時の新規加入を含む）・増設のみ必要  
この保険制度および契約内容の概要、受給資格取得の条件等について、この保険にかかわる個人情報の取扱いについて、加入申請時に被保険者本人に説明し、捺印されたうえ、この保険契約の被保険者となること、および社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）の死亡退職金・障害退職金・遺族年金・入院給付金・入院給付金受取人は専業主婦となり、総合医療保険（団体型）の給付金受取人は被保険者本人となることにご同意の上、捺印してください。

No.	項目	内容	訂正印
①	効力発生日	退職日の翌月1日となります。	施
②	申込（告知）日（記入日）	ご記入日となります。	施
③	法人名・施設名・施設印	法人名、施設名、所在地、代表者役職名・氏名をご記入のうえ、施設印を押印してください。提出書類すべてに施設印の押印が必要です。	不要
④	県コード・施設種類コード・事業所コード	ご登録のコードをご記入ください。	不要
⑤	申込コード	「2」をご記入ください。 ※異動がある場合は必ず申込コードを記入してください。	施
⑥	申込保険金額（従相）	「0」とご記入ください。	被
⑦	申込入院給付金日額（総医）	総合医療保険に加入の施設のみ「0」とご記入ください。	被

施：施設印  
被：被保険者印





## 4.更新時の加入内容の確認

従事者相互保険・総合医療保険の保障期間（保険期間）は、毎年7月1日から翌年の6月30日までの1年間で、一旦加入するとそれ以降は自動更新となりますが、更新時に加入内容の確認をお願いしています。

### (1) 更新時に送付される書類

ア. 更新時に以下の書類を送付いたします。

- ①印字済みの「届出事項申込（変更）届（2表）」（様式5）
- ②印字済みの「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」（様式1）

イ. 送付された上記1表は印字されている内容に変更がない場合は、提出の必要はありません。2表は変更箇所（総職員数、加入対象者、メールアドレス）について、ご記入のうえ、ご提出ください。

### (2) 提出が必要な場合

7月1日時点の職員体制等と届いた「届出事項申込（変更）届（2表）」および「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」の印字内容を突合し、追加の異動や届出内容の変更がある場合は異動の内容を記入し、センターへ提出してください。

#### ア. 加入や脱退がある場合

前述12ページの「3.新規採用（途中採用を含む）・退職・施設間異動（転入・転出）等による異動手続き」と同じ手続きになります。

#### イ. お名前等に変更がある場合（記入例 28ページ、様式1-4）

「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」に印字されている加入者の届出内容について、申込コード一欄の「5. 氏名の変更・訂正」「6. 生年月日訂正」「7. 性別訂正」に該当する場合は、「申込コード」欄に該当番号を記入するとともに、訂正したい印字内容を二重線で抹消し訂正印（施設印）を押印のうえ、正しい内容を同じ枠内に記入し、提出してください。

#### Point

例 苗字を訂正するとき（スズキさんをヤマダさんへ訂正する場合）  
申込コード欄に「5」を記入したうえで、被保険者氏名（カタカナ）欄を以下のように訂正してください。

被保険者氏名（カタカナ）	
セイ	メイ
ヤマダ <del>スズキ</del>	ユウコ

施設印

## ウ. 「加入コース」を変更する場合（記入例 29ページ・様式5-1、30ページ・様式 1-5）

「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」と「届出事項申込（変更）届（2表）」にそれぞれ記入のうえご提出ください。なお、加入コースの変更は、更新時（7月1日）のみとなります。

※以下は加入内容等がプレプリントされた「異動報告書（1表）」を使用する場合の記入方法です。（プレプリントされていない「異動報告書（1表）」を使用する場合は該当の被保険者の「被保険者番号」「被保険者氏名（カタカナ）」「性別」「生年月日」すべてを記入いただく必要があります。

### 【増額変更の場合】

（例 1）従事者相互保険単独コースに加入で保障額を300万円から 500万円に増額する場合

- ①施設管理者が「届出事項申込（変更）届（2表）」の「変更後のコース」欄に「F 0 コース」（500万円のコース番号）と記入してください。
- ②施設管理者が「異動報告書（1表）」の加入者全員の「申込保険金額」欄に、増額される保険金額（ここでは500万円）を記入してください。
- ③施設管理者が加入者全員について「異動報告書（1表）」の従事者相互保険の告知欄を記載してください。  
※告知が「有」の場合は、当該役職員が「被保険者の告知書」（16ページ、様式 2）を作成し「告知書提出封筒」（59ページ告知書封入について参照）に封緘のうえご提出ください。
- ④加入者全員が「異動報告書（1表）」の「被保険者の加入同意印」欄に同意印を押印してください。

### 【減額変更の場合】

（例 2）従事者相互保険単独コースに加入で保障額を300万円から 150万円に減額する場合

- ①施設管理者が「届出事項申込（変更）届（2表）」の「変更後のコース」欄に「A 0 コース」と記入してください。
- ②施設管理者が「異動報告書（1表）」の加入者全員の「申込保険金額」欄に、減額後の保険金額（ここでは150万円）を記入してください。（減額の場合は、告知欄への記入や被保険者の加入同意印の押印は必要ありません。）

### 【総合医療保険に追加加入の場合】

（例 3）従事者相互保険単独 D 0 （300万円）コースから、ケガ・病気等入院給付金1,000円保障もセットされた D 1 コースに変更する場合

- ①施設管理者が「届出事項申込（変更）届（2表）」の「変更後のコース」欄に「D 1 コース」と記入してください。
- ②従事者相互保険に加えて総合医療保険に追加加入することになるため、施設管理者が加入者全員について「異動報告書（1表）」の総合医療保険の告知欄を記載してください。  
※告知が「有」の場合は、当該役職員が「被保険者の告知書」（17ページ 様式 3）を作成し「告知書提出封筒」（59ページ告知書封入について参照）に封緘のうえご提出ください。
- ③施設管理者が「異動報告書（1表）」の加入者全員の「申込入院給付金日額」欄に加入する入院給付金日額（ここでは1,000円）を記入してください。
- ④加入者全員が「異動報告書（1表）」の「被保険者の加入同意印」欄に同意印を押印してください。

## 【総合医療保険に加入のコースから従事者相互保険単独コースに変更する場合】

(例4) ケガ・病気等入院給付金1,000円保障もセットされたD1コースから、従事者相互保険単独D0(300万円)コースに変更する場合

- ①施設管理者が「届出事項申込(変更)届(2表)」の「変更後のコース」欄に「D0コース」と記入してください。
- ②施設管理者が「異動報告書(1表)」の加入者全員の「申込入院給付金日額」欄に加入する入院給付金日額(ここでは0円)を記入してください。

## エ. 「施設情報」に変更がある場合(記入例31ページ、様式5-2)

「届出事項申込(変更)届(2表)」の現在の登録内容に変更がある場合は、「変更内容」欄に変更する内容を記入し提出してください。

## オ. 「被保険者名簿」の発送

7月の更新後「被保険者名簿」を発送します。

施設情報および被保険者名簿に変更があった場合は、変更内容を記載した「異動報告書(1表)」・「届出事項申込(変更)届(2表)」をご提出ください。



様式5-1【記入例】コース変更の場合「届出事項申込(変更)届(2表)」

2

**社会福祉施設従事者相互保険・総合医療保険(団体型)**  
**届出事項申込(変更)届**

現在のご登録情報は下記のとおりとなります。  
 内容に変更・訂正がある場合は、変更項目のみを以下「変更内容」欄にご記入のうえご提出ください。  
 (新規加入の場合はすべての項目をご記入ください)  
 ※世帯引き継ぎ情報の変更がある場合は、別途「預金口座振替依頼書」をご提出ください。

<b>1</b> 登録日(変更日)	令和 8 年 7 月 1 日	<b>2</b> お申込日(記入日)	令和 8 年 4 月 15 日
-------------------	----------------	--------------------	-----------------

<b>4</b> 申込区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> <b>変更</b> <small>(変更のある項目のみご記入ください)</small>
---------------	--

<b>3</b> 法人名・施設名(ゴム印可)	施設印
福) 福寿鶴亀会 特養) 第二鶴峰園	施設印
法人一括の場合は法人印 業コード: 00013002029900009 施設種類コード: 000009 事業所コード: 00009	

項目	施設情報	変更内容
法人名	フリガナ フク フクジュツルカメカイ 福) 福寿鶴亀会	
施設名	フリガナ トクヨウ ダイニツルミネエン 特養) 第二鶴峰園	
施設住所	フリガナ トウキョウトシブヤクシブヤ1-8-8 〒 150- 0002 東京都渋谷区渋谷1-8-8	
代表者名	フリガナ タナカ ツルコ 役職・氏名 施設長 田中 鶴子	預金口座振替依頼書 <input type="checkbox"/> 希望する
加入コース	D 0	F 3 <b>5</b>
ご担当者名	亀田 花子	
電話・FAX	TEL 03_ 1234_ 8887 FAX 03_ 1234_ 3332	TEL - - FAX - -
メールアドレス		

※メールアドレスにつきましては、Nコンシェルジュのサービス案内をお送りするためご登録いただきます。

総職員数(記入日現在)	ご加入対象者
名	① 役員および職員全員 ② 社会保険対象者全員 ③ その他(詳細: )

代表者および施設長の個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センター(以下「センター」)に提供いたします。センターは本情報により、ご提出いただいた代表者および施設長の個人情報を(以下「提供情報の範囲」)を必要とする業務の遂行のために活用いたします。また公益財団法人社会福祉振興・試験センターが提供する「施設情報」(以下「施設情報」)を、施設長がご自身の施設に活用させていただきます。施設情報には、施設長がご自身の施設に活用するための業務に必要とする個人情報を提供いたします。また、公益財団法人社会福祉振興・試験センター、他の社会福祉施設へ上記の施設情報を提供いたします。公益財団法人社会福祉振興・試験センターは、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが提供する施設情報を利用することはありません。

NO.	項目	内容
①	登録日(変更日)	コース変更(増額・減額)日は <b>更新日(7月1日)のみ</b> です。
②	お申込日(記入日)	ご記入日となります。
③	施設名・施設印	施設(事業所)名のご記入(ゴム印可)、施設(事業所)印を押印してください。
④	申込区分	「変更」項目の口に <b>✓印(チェック)</b> をご記入ください。
⑤	ご加入コース欄	「現在ご加入コース」「変更後ご加入コース」をご記入ください。 あわせて「加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)」をご記入・ご提出ください。

コース変更の場合は、次ページの「異動報告書(1表)」も一緒にご提出ください

様式1-5【記入例】 更新時コース変更（従事者相互保険増額・総合医療保険加入の場合）  
「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」

① 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）・総合医療保険（団体型） 加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）

日本生命保険相互会社 行  
以下の「効力発生日」から効力が発生することを承知の上、以下被保険者について加入（増額）の申込みをします。左に、加入申込書兼告知書に記載の内容が実際に発生した場合は、契約（約款）が付与されている場合は、契約を合意します。の  
全部または一部を解除または変更を申しません。この申込みについては、被保険者の加入同意印をもって変更確認を行います。なお、契約締結時、社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）および総合医療保険（団体型）の告知事項を確認し、  
社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）については、以下の告知事項の1項に該当しないことを確認しました。

1. 被保険者の重要な事項をご変更ください。中途加入者、増額増額者に対して契約内容の通知を行い、同意確認を実施していただきますようお願いいたします。  
2. 生命保険会社の業務・代理店がお客様の告知に際し、事実を告知することを妨げたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧誘することはありません。  
3. 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）については、次の方の新規加入・保険金増額等の際には、以下の告知事項2項、3項に該当しない場合でも「被保険者の告知書」  
をご確認ください。  
4. 「加入申込書兼告知書」等への記入の有無にかかわらず、当社で実施するお客様情報により、ご加入もしくは増額等をお断りすることがあります。

契約者 団体名：公益財団法人 社会福祉振興・試験センター  
代表者名：  
届出印

効力発生日 令和8年7月1日 申込（告知）日（記入日） 令和8年4月15日

施設の管理者の方が告知事項をご確認ください

告知事項 1. 告知日現在、病気やけがにより欠勤の方がいますか。  
2. 告知日から過去1年以内に、病気やけがにより継続して2週間以上欠勤された方がいますか。  
3. 告知日現在、健康上の理由で勤務の特別休暇（無）を受けている方がいますか。  
4. 健康上の理由で勤務に制限を加える必要のある方で、勤務または医師等の指示により勤務時間（日数）短縮の特別休暇を受けている方がいますか。  
告知日から過去1年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上にわたり、欠勤された方はいますか。  
（病気やけがの公費のため会社・普通保険等で欠勤した方を指す）

告知欄（従相） 告知欄（総医）

被保険者情報

被保険者番号	被保険者氏名（カタカナ）	性別	生年月日	現在の加入保険金額（円）	告知欄（*）告知事項「有」「無」に記入してください	現在の加入金額（円）	告知欄（*）告知事項「有」「無」に記入してください
859401	アンドウ タロウ	男性	19611027	300500	告知欄（*）告知事項「有」「無」に記入してください	3000	告知欄（*）告知事項「有」「無」に記入してください
893079	カメダ ハナコ	女性	20100830	300500	告知欄（*）告知事項「有」「無」に記入してください	3000	告知欄（*）告知事項「有」「無」に記入してください

1. 新規加入 2. 増額 3. 増額 4. 増額  
5. 氏名の変更・訂正 6. 生年月日訂正 7. 性別訂正 8. 死亡  
9. 総合医療保険（団体型）のみ新規加入（従事者相互保険加入者のみ適用可）  
10. 告知欄での記入（告知欄「有」「無」は別紙の裏面の申請書）  
11. 「無」は制度への新規加入の申請書とします。

NO.	項目	内容	訂正印
①	申込（告知）日（記入日）	ご記入日となります。	施
②	法人名・施設名・施設印	法人名、施設名、所在地、代表者役職名・氏名をご記入のうえ、施設印を押印してください。提出書類すべてに施設印の押印が必要です。	不要
③	県コード・施設種類コード・事業所コード	ご登録のコードを記入してください。	不要
④	申込コード	従事者相互保険の増減額だけでなく、合わせて総合医療保険の加入がある場合は、申込コード「9」をご記入ください。（従事者相互保険の増減額のみ場合は記入不要です。）	施
⑤	被保険者情報記入欄	被保険者氏名欄（カタカナ）のみ、性別は男性は「1」、女性は「2」、生年月日年号は昭和は「3」、平成は「4」を記入してください。	施
⑥	被保険者の加入同意印欄	【変更後の保険金額／入院給付金日額が増額となる場合・総合医療保険に加入する場合】被保険者（ご加入者）印を押印してください。（スタンプ印可、訂正用の豆印は不可）	被
⑦	申込保険金額欄	申込保険金額欄に変更後の保険金額を、記入してください。	被
⑧	告知欄（従相）	【変更後の保険金額が増額となる場合のみ】施設管理者がそれぞれの被保険者について、告知事項いずれも該当なしの場合は「無」、ひとつでも該当ありの場合は「有」を○印で囲み、該当する項目番号を○印で囲んでください。「有」の場合、試験センター HP よりプリントした告知書を提出してください。 ※告知欄の記入がない場合、ご希望の加入月に加入いただけない場合があります。	施
⑨	申込入院給付金日額欄	申込入院給付金日額欄にご加入される入院給付金日額を記入してください。総合医療保険のみのご加入はできません。（コースに従ってご加入ください。）	被
⑩	告知欄（総医）	施設管理者がそれぞれの被保険者について、告知事項に該当なしの場合は「無」、該当ありの場合は「有」を○印で囲んでください。「有」の場合、試験センター HP よりプリントした告知書を提出してください。 ※告知欄の記入がない場合、ご希望の加入月に加入いただけない場合があります。	施
⑪	記載内容の訂正について	記載した内容に誤りがある場合は、訂正箇所を二重線抹消後、施設印を押印し、正しい内容を余白に記入してください。ただし、申込保険金額／申込入院給付金日額を訂正する場合は、施設印ではなく、被保険者の加入同意印欄に押印した同一印で訂正印を押印のうえ、正しい内容を余白に記入してください。	施/被

加入者等がプレプリントされた「異動報告書（1表）」を使用する場合は、変更となる項目を追記等してください。 施：施設印 被：被保険者印

コース変更の場合は、前ページの「届出事項申込（変更）届（2表）」も一緒にご提出ください

2

社会福祉施設従事者相互保険・総合医療保険（団体型）  
届出事項申込（変更）届

現在のご登録情報は下記のとおりとなります。  
内容に変更・訂正がある場合は、変更項目のみを以下「変更内容」欄にご記入のうえご提出ください。  
(新規加入の場合はすべての項目をご記入ください)  
※現金引き口座振替の変更がある場合は、別途「預金口座振替依頼書」をご提出ください。

<p>1 登録日（変更日）</p> <p style="text-align: center;">令和 8 年 7 月 1 日</p>	<p>2 お申込日（記入日）</p> <p style="text-align: center;">令和 8 年 4 月 15 日</p>	<p>3 法人名・施設名（ゴム印可）</p> <p style="text-align: center;">福) 福寿鶴亀会 特養) 新鶴峰園</p>	<p>施設印</p> <p style="text-align: center;">法人一種の場合は法人印</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">施設印</div>
<p>4 申込区分</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 新規                 <input checked="" type="checkbox"/> 変更  <small>（変更のある項目のみご記入ください）</small> </p>		<p>業コード</p> <p style="text-align: center;">0 0 0 1 3 0 0 2 0 2 9 9 0 0 0 0 8</p>	

項目	現在の登録内容	変更内容
法人名	フリガナ フク フクジュツルカメカイ 福) 福寿鶴亀会	
施設名	フリガナ トクヨウ カガヤキエン 特養) かがやき園	トクヨウ シンツルミネエン 特養) 新鶴峰園
施設住所	フリガナ トウキョウトシブヤクシブヤ1-8-9 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷1-8-9	
代表者名	フリガナ シセツチョウ フクダ タロウ 役職・氏名 施設長 福田 太郎	預金口座振替依頼書 <input type="checkbox"/> 希望する
加入コース	E0	
ご担当者名	幸田 良子	
電話・FAX	TEL 03-1234-8888 FAX 03-1234-3333	TEL - - FAX - -
メールアドレス		tsurumine@xx.co.jp

※メールアドレスにつきましては、Nコンシェルジュのサービス案内をお送りするためご登録いただきます。

<p>6 総職員数（記入日現在）</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">88 名</p> <p style="font-size: 10px;">役員・職員・パート含む</p>	<p>7 ご加入対象者</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">①</td> <td>役員および職員全員</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">②</td> <td>社会保険対象者全員</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">③</td> <td>その他（詳細： )</td> </tr> </table>	①	役員および職員全員	②	社会保険対象者全員	③	その他（詳細： )
①	役員および職員全員						
②	社会保険対象者全員						
③	その他（詳細： )						

代表者は「ご加入者の個人情報の取扱い」

① 福利厚生法人社会福祉施設・試験センターは本館により、ご加入者以外に代表者は「ご加入者の個人情報（以下「代表者の個人情報」といいます。）」を本館の事務手続のために取扱いいたします。また、② 福利厚生法人社会福祉施設・試験センターは本館に個人情報を提供し、本館が提供する生命保険会社（相互生命保険会社）に提供し、以下同様に取扱いいたします。保険会社は受取った代表者の個人情報を保険契約の締結・維持管理、その他目的、期間・期間が満了した時、利用し、また、福利厚生法人社会福祉施設・試験センター、他の生命保険会社へ上記目的の範囲内で提供します。福利厚生法人社会福祉施設・試験センターおよび生命保険会社は上記目的以外に代表者の個人情報を利用することはありません。

NO.	項目	内容
①	登録日（変更日）	試験センター（事務局）に書類が到着した月の翌々月1日となります。
②	お申込日（記入日）	ご記入日となります。
③	施設名・施設印	施設（事業所）名のご記入（ゴム印可）、施設（事業所）印を押印してください。
④	申込区分	「変更」項目の口に✓印（チェック）をご記入ください。
⑤	施設（事業所）情報 記入欄	変更項目をご記入ください。
⑥	総職員数	記入日現在の総職員数をご記入ください。（役員・職員・パート含む） ※「ご加入対象者」欄で選択された選択肢によっては従相保険クラブの加入者と一致しない場合があります。
⑦	ご加入対象者	ご加入の対象者の該当の番号に○印をつけてください。

— 31 —

## 5. 施設を新たに開設した場合の加入の手続き

### (1) 新たに開設した施設の役職員を既加入施設の役職員として管理する場合

14ページの「3.新規採用（途中採用含む）・退職・施設間異動（転入・転出）等による異動手続き（毎月異動）」の「(1)新規採用（途中採用含む）の役職員の加入手続き」と同じになります。したがって、既加入施設の加入者に加えて、新規開設施設の役職員を新規採用者として加入させる形で「異動報告書（1表）」をご提出ください。

※既加入施設への職員の追加となるため、(2)の手続きと異なり、加入時期の制限はありません。

### (2) 既加入施設とは別に、新たに開設した施設で役職員を管理する場合

ア. 新たに開設した施設に係る「異動報告書（1表）」および「届出事項申込（変更）届（2表）」を作成のうえ、ご提出ください。

※加入の時期は(1)と異なり、7月1日または1月1日のみとなります。

①施設管理者が「異動報告書（1表）」に、当該開設施設のすべての役職員（以下イ.に該当する転入者は除く）の被保険者情報（氏名・性別・生年月日等）を記入するとともに、「申込コード」欄に「1」（新規）とご記入ください。告知欄へもご記入ください。

②「異動報告書（1表）」の「被保険者の加入同意印」欄に、すべての役職員に「同意印」を押印いただいでください。

③「届出事項申込（変更）届（2表）」の新規欄に✓点チェックのうえ、法人・施設の情報等を記入し、施設印を押印してください。

イ. 既加入施設を転出して新たに開設した施設に転入する加入者がいるときは、「異動報告書（1表）」に当該転入者の被保険者情報（氏名・性別・生年月日等）を記入するとともに、「申込コード」欄に「4」（転入）、「お届け記入欄」に転出元の施設名をご記入ください。

※転出元施設からも加入者の転出を「異動報告書（1表）」でご報告いただく必要があります（23ページ参照）。

ウ. 「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」（35ページ、様式6）または「受取指定口座登録・変更届」（36ページ、様式7）に記入しご提出ください。

（参考）新たに開設した施設の役職員の管理（法人一括管理は次ページ）

区分	既加入施設の職員として管理した場合	新たに開設した施設において管理した場合
加入の時期	随時 (新規採用職員として加入)	7月1日または1月1日に限る
加入者、掛金、給付金の請求等の管理	既加入施設（法人）が管理	新たに開設した施設が管理
転入、転出の管理	不要	その都度、異動報告

## 6.法人一括管理への移行手続き（記入例：34ページ参照）

この事業の基幹となる施設（以下「基幹施設」という。）に各施設の加入者を転入させ、一括管理に移行する場合の手続きは以下のとおりです。（20ページ「(5)施設間の転入・転出の手続き」もご参照ください）。

### (1) 基幹施設（残る施設）

「異動報告書（1表）」に統合される施設から転入される方の情報および転出元施設を記入し、ご提出ください。

なお、転入する役職員は従相保険の保険金等の受取人が変わるため、必ず全員の被保険者の加入同意印が必要となります。

また、保険金額／入院給付金日額が増額となる場合は施設の管理者による告知が必要となります。

（減額となる場合は減額した保険金額／入院給付金日額をご記入ください。（告知不要））  
※入院給付金日額については、総合医療保険に加入している施設のみ。

### (2) 統合される施設

「異動報告書（1表）」に加入者の情報および基幹施設（転入先施設）を記入し、ご提出ください。

また、統合される施設は加入者がいなくなるため、「従相保険クラブ 脱退届」

（37ページ、様式8）をご提出ください（脱退理由は「法人一本化」をご選択ください）。

## 7.脱退について

### ア. 脱退の手続き方法

脱退届（37ページ、様式8）をセンター事務局に提出してください。

7月脱退 = 5月15日締切

1月脱退 = 11月30日締切

イ. 掛金を期日までにお支払いいただけない施設は脱退となります。

ウ. 契約更新時に0人の施設は自動的に脱退となります。

様式1-6 【記入例】 基幹施設 加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）

基幹施設 加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）記入例

① 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）・総合医療保険（団体型） 加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）

日本生命保険相互会社 行  
以下の「効力発生日」から効力が発生することを承知の上、以下被保険者について加入（増額）の申込みをします。なお、加入申込書兼告知書に記載の内容が事実と相違した場合は、契約（特約）が付け加えられている場合は、特約を含みます。）の  
効力発生日は一律効力発生日を記載してください。この申込みについては、被保険者の加入履歴をもつて異動報告を行います。なお、契約締結後、社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）および総合医療保険（団体型）の告知事項を確認し、  
社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）については、以下の告知事項1項に該当しないことを確認しました。

ご留意点  
1. 被保険者同様の重要事項を十分にご確認いただき、中途加入者、増額等委員会に対して契約内容の通知を行い、同意確認を実施していただきますようお願いいたします。  
2. 生命保険会社の職員・代理店がお客様の告知に際し、事実を告知することを妨げたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧めることはありません。  
3. 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）について、次の方の新規加入・保険金増額等については、以下の告知事項2項に該当しないことを確認してください。  
4. 専業役員等の加入が認められた制度で、業務ではない等の理由で、以下告知事項に該当するかどうかの判断が困難な方  
「加入申込書兼告知書」等への記入の旨からかわらず、当社で保有するお客様の情報により、ご加入もしくは増額等をお断りすることがあります。

契約者 団体名：公益財団法人 社会福祉振興・試験センター  
代表者名：  
届出印

効力発生日 令和 8 年 7 月 1 日 申込（告知）日 令和 8 年 4 月 15 日  
（記入日）

施設の管理者の方が告知事項をご確認ください

告知事項  
1. 告知日現在、病気やけがにより欠勤中の方がいますか。  
2. 告知日から過去1年以内に、病気やけがにより継続して2週間以上欠勤された方がいますか。（病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む）  
3. 告知日現在、健康上の理由で勤務の特別休暇（病）を受けている方がいますか。  
※ 健康上の理由で勤務に制限を加える必要のある方で、勤務先または医師等の指示により労働時間（日数）短縮の特別休暇を受けている場合は、必ず「上記・告知事項（項目番号「1」）」に該当する場合は、加入（増額）できません。  
※ 上記・告知事項（項目番号「2」「3」）を確認の上、以下の告知事項（\*）に記入してください。  
\* 該当しない場合・・・「病」を○印で記入してください。  
\* 該当する場合・・・「病」を○印で記入してください。  
※ 該当の項目番号を○印で記入してください。  
「被保険者の告知書」を合わせて提出してください。

告知事項  
告知日から過去5年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上お休み、欠勤された方がいますか。  
（病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む）  
\* 上記、告知事項を確認の上、以下の告知事項（\*）に記入してください。  
\* 該当しない場合・・・「病」を○印で記入してください。  
\* 該当する場合・・・「病」を○印で記入してください。  
※ 該当の項目番号を○印で記入してください。  
「被保険者の告知書」を合わせて提出してください。

告知事項  
告知日から過去5年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上お休み、欠勤された方がいますか。  
（病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む）  
\* 上記、告知事項を確認の上、以下の告知事項（\*）に記入してください。  
\* 該当しない場合・・・「病」を○印で記入してください。  
\* 該当する場合・・・「病」を○印で記入してください。  
※ 該当の項目番号を○印で記入してください。  
「被保険者の告知書」を合わせて提出してください。

被保険者情報

被保険者番号	被保険者氏名(カタカナ)	被保険者の加入履歴	性別	生年月日	現在の加入保険金額(万円)	申込保険金額(万円)	告知事項(*)	現在の加入金額(円)	申込保険金額(円)	告知事項(*)	お届記入欄
1859401	アンドウ タロウ	安藤	男	19611027	5000	0000	病			病	ひかり園
1893079	カメダ ハナコ	亀田	女	23410830	0500	0000	病			病	ひかり園
1829641	サトウ サトシ	佐藤	男	13390120	0500	0000	病			病	ひかり園

申込書兼告知書印記については、裏面「シラフット」をご確認ください。  
※ 告知事項1～4は、告知事項1～4の順に記載してください。  
※ 告知事項1～4は、告知事項1～4の順に記載してください。  
※ 告知事項1～4は、告知事項1～4の順に記載してください。

統合される施設 加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）記入例

① 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）・総合医療保険（団体型） 加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）

日本生命保険相互会社 行  
以下の「効力発生日」から効力が発生することを承知の上、以下被保険者について加入（増額）の申込みをします。なお、加入申込書兼告知書に記載の内容が事実と相違した場合は、契約（特約）が付け加えられている場合は、特約を含みます。）の  
効力発生日は一律効力発生日を記載してください。この申込みについては、被保険者の加入履歴をもつて異動報告を行います。なお、契約締結後、社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）および総合医療保険（団体型）の告知事項を確認し、  
社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）については、以下の告知事項1項に該当しないことを確認しました。

ご留意点  
1. 被保険者同様の重要事項を十分にご確認いただき、中途加入者、増額等委員会に対して契約内容の通知を行い、同意確認を実施していただきますようお願いいたします。  
2. 生命保険会社の職員・代理店がお客様の告知に際し、事実を告知することを妨げたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧めることはありません。  
3. 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）について、次の方の新規加入・保険金増額等については、以下の告知事項2項に該当しないことを確認してください。  
4. 専業役員等の加入が認められた制度で、業務ではない等の理由で、以下告知事項に該当するかどうかの判断が困難な方  
「加入申込書兼告知書」等への記入の旨からかわらず、当社で保有するお客様の情報により、ご加入もしくは増額等をお断りすることがあります。

契約者 団体名：公益財団法人 社会福祉振興・試験センター  
代表者名：  
届出印

効力発生日 令和 8 年 7 月 1 日 申込（告知）日 令和 8 年 4 月 15 日  
（記入日）

施設の管理者の方が告知事項をご確認ください

告知事項  
1. 告知日現在、病気やけがにより欠勤中の方がいますか。  
2. 告知日から過去1年以内に、病気やけがにより継続して2週間以上欠勤された方がいますか。（病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む）  
3. 告知日現在、健康上の理由で勤務の特別休暇（病）を受けている方がいますか。  
※ 健康上の理由で勤務に制限を加える必要のある方で、勤務先または医師等の指示により労働時間（日数）短縮の特別休暇を受けている場合は、必ず「上記・告知事項（項目番号「1」）」に該当する場合は、加入（増額）できません。  
※ 上記・告知事項（項目番号「2」「3」）を確認の上、以下の告知事項（\*）に記入してください。  
\* 該当しない場合・・・「病」を○印で記入してください。  
\* 該当する場合・・・「病」を○印で記入してください。  
※ 該当の項目番号を○印で記入してください。  
「被保険者の告知書」を合わせて提出してください。

告知事項  
告知日から過去5年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上お休み、欠勤された方がいますか。  
（病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む）  
\* 上記、告知事項を確認の上、以下の告知事項（\*）に記入してください。  
\* 該当しない場合・・・「病」を○印で記入してください。  
\* 該当する場合・・・「病」を○印で記入してください。  
※ 該当の項目番号を○印で記入してください。  
「被保険者の告知書」を合わせて提出してください。

告知事項  
告知日から過去5年以内に、病気またはけがにより、継続7日以上お休み、欠勤された方がいますか。  
（病気やけがの治癒のため公休・普通休職等で欠勤した方を含む）  
\* 上記、告知事項を確認の上、以下の告知事項（\*）に記入してください。  
\* 該当しない場合・・・「病」を○印で記入してください。  
\* 該当する場合・・・「病」を○印で記入してください。  
※ 該当の項目番号を○印で記入してください。  
「被保険者の告知書」を合わせて提出してください。

被保険者情報

被保険者番号	被保険者氏名(カタカナ)	被保険者の加入履歴	性別	生年月日	現在の加入保険金額(万円)	申込保険金額(万円)	告知事項(*)	現在の加入金額(円)	申込保険金額(円)	告知事項(*)	お届記入欄
1859401	アンドウ タロウ	安藤	男	19611027	5000	0000	病			病	めぐみ園
1893079	カメダ ハナコ	亀田	女	23410830	0500	0000	病			病	めぐみ園
1829641	サトウ サトシ	佐藤	男	13390120	0500	0000	病			病	めぐみ園

申込書兼告知書印記については、裏面「シラフット」をご確認ください。  
※ 告知事項1～4は、告知事項1～4の順に記載してください。  
※ 告知事項1～4は、告知事項1～4の順に記載してください。  
※ 告知事項1～4は、告知事項1～4の順に記載してください。

# 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書

口座に変更がある場合は、様式をお送りいたしますので、当センター（従相保険クラブ事務局）までご連絡ください。事務局ホームページから請求いただけます。

※口座振替取扱金融機関は、54・55ページをご確認ください。

従相保険クラブ専用

**預金口座振替依頼書** (1枚目)

金融機関提出用

金融機関 御中

申込日 20 年 月 日

私（口座義人）は、下記の収納代行会社から請求された金額を、私名義の下記指定口座から、預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替については預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

<個人情報の取扱いについて>  
私は、(株)三栄収納サービスにおける個人情報の利用目的が「団体からの依頼による掛金の収納代行」であることを確認し、この利用目的のために当該団体および口座振替金融機関との間で個人情報が相互提供されることに同意します。

収納代行会社名	株式会社三栄収納サービス (キャピタルシステム)		
口座名義人	フリガナ (上段より左づめで)	シャカイフクシホウジン ツルカメカイ リジ チョウ イケフ グロ タロウ	金融機関 届出印 (4枚とも押印下さい)
	預金者名 (漢字)	社会福祉法人鶴亀会 理事長 池袋 太郎	鶴亀会
指定口座	金融機関	豊島	池袋
	金融機関コード	支店・支所コード	口座番号(右づめで7桁)
	0 0 4 4	2 4 3	0 1 2 2 3 3 3

振替日 15日(金融機関休業日の場合は翌営業日となります。)

金融機関 使用欄

不備返却事由	検印	照合印	受付印
1. 預貯金取引なし			
2. 記載事項相違			
店名・口座番号			
預金種目・口座名義			
3. 印鑑相違			
4. その他			
( )			

不備返却先  
1170-0013 東京都豊島区池袋4-24-3 ジブラルタ生命池袋ビル4F  
株式会社 三栄収納サービス

<加入施設の通信先を記入してください。>

団体等の名称	公益財団法人 社会福祉振興・試験センター		
フリガナ	トウキョウトシマクイケブクロチョウ		
住所 (郵便)	地名	丁目・番地	方書
	東京都豊島区池袋町	1-1-1	
	郵便番号 1170-1111	電話番号 03 (3210) 1234	
フリガナ	シャカイフクシホウジン ツルカメカイ	フリガナ	トクベツヨゴロウジンホーム ツルミネエン
法人名	社会福祉法人 鶴亀会	施設名	特別養護老人ホーム 鶴峰苑
会員番号等	団体番号	課コード	施設種類コード
	C 0 3 8	0 0 0 1 3	0 0 2 0 2
			事業所コード(会員番号)
			1 1 1 1 1 1 1

公益財団法人  
社会福祉振興・試験センター  
〒150-0002 渋谷区渋谷1-5-6  
TEL 03(3486)7511 FAX 03(3486)7514

新規区分  
1. 新規 2. 変更

振替開始年月(西暦)  
20 年 月

2023.1(改)

姓と名の間は1マス  
空け、濁点・半濁点  
は1マスとして、ご  
記入下さい。

口座名義人を省略せ  
ず正確にご記入下さ  
い。

金融機関名を正確に  
ご記入下さい。

申込日をご記入下さい。

通帳とご照合のうえ、  
口座届印を鮮明に4枚  
とも捺印して下さい。

支店名を正確に、ご記  
入下さい。

預金種目はどちらかに  
○印をご記入下さい。

従相クラブの事業所  
コードをご記入下さい。

掛金振替口座を新規で登録する  
場合は「1. 新規」に○印を、現在登  
録している口座を変更する場合は  
「2. 変更」に○印をつけて下さい。

適用希望年月を記入  
下さい。

口座振替の施設様は提出不要です

社会福祉施設従事者相互保険  
受取指定口座登録・変更届

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 御中

次のとおり、登録・変更(訂正)いたします。

西暦  
(記入日) 20 年 月 日

県コード	施設種類コード	事業所コード
0 0 0		9 9

法人・施設情報

所在地	
法人名	
施設名	
代表者名	

口座情報

金融機関名	銀行 農協 信用金庫 労働金庫 信用組合 商工中金	支店名	本店 支店 出張所
銀行コード		支店コード	種目 普通・当座
口座番号 右詰め			
フリガナ			
口座名義	漢字		

**※注意 受取指定口座登録・変更届**

毎月の異動に伴う掛金の精算は、割戻金と合算して毎年11月頃にお支払しておりますが、その際、掛金を振込されている施設様につきましては、この用紙で「割戻金の受取口座」を登録いただく事になります。



## 8. 請求手続き

### (1) 従事者相互保険（保険金・給付金）の請求手続き

#### ア. 保障の種類別の必要書類

ご請求の場合は、表紙に記載の事務局へご連絡ください。  
また、提出する書類は、下表の○印のついている書類となります。

ご請求の際には、ご遺族の方（または被保険者）が保険金・給付金の請求内容（受取人・保険金額等）を了知し同意していることが必要となります。

具体的には、「保険金・給付金請求書」の「被保険者または被保険者の遺族記入欄」に保険金等の種類に応じ、次の方の署名・押印が必要となります。

- ・ 死亡保険金の場合 ：ご遺族  
（労働基準法施行規則に定める者等）
- ・ 高度障がい保険金、障がい給付金、入院給付金等の場合 ：被保険者

なお、了知いただく方が受取人である法人の代表者と同一の場合はお取扱いできませんので、代表者以外の被保険者または被保険者のご遺族の方の了知をお願いします。

書類名		請求種類	保険金		給付金	
			死亡	高度障がい	障がい	入院
保険金・給付金請求書（様式9）			○	○	○	○
各種 証明 書	死亡診断書（死体検案書）のコピー		○			
	所定の障がい診断書（様式10）			○	○	
	入院内容報告書（様式11）と医療機関発行の領収証（コピー）					○
公的 証明 書	被保険者の戸籍謄（抄）本 （死亡日の記載があるもの・了知者との続柄が確認できるもの）		○			
	被保険者の住民票 （死亡日の記載があるもの）	(* 1)	○			
	被保険者の住民票			○		
	受取人の登記簿謄本 (* 3)	(* 2)	○	○	○	○
	受取人の印鑑証明書		○	○	○	○

(\* 1) 被保険者の死亡が確認できる戸籍謄（抄）本を提出された場合には、被保険者の住民票は不要です。  
住民票を提出いただく場合は、個人番号が記載されていないものをご提出ください。

(\* 2) 法人格のない団体の場合、受取人の「戸籍謄(抄)本」「本人確認書類※1」「マイナンバー(個人番号)確認書類※2」をご提出ください。

※1 本人確認書類について

- ・本人確認書類は、「運転免許証(運転経歴証明書)のコピー」「パスポート(旅券番号の記載があるページ)のコピー」「マイナンバーカード(顔写真がある面)のコピー」のいずれかとなります。(「運転経歴証明書」を除きいずれも有効期間中のものをコピーのうえ、ご提出ください。)
- ・「運転免許証(運転経歴証明書)のコピー」のご提出にあたり、住所・氏名変更されている場合は両面のコピーをご提出ください。
- ・上記のいずれもお持ちでない場合は、「印鑑証明書」をご提出のうえ、請求書に印鑑証明書と同一印を押印いただくことでもお取扱い可能です。

※2 マイナンバー(個人番号)確認書類について

- ・死亡保険金(100万円超)をご請求の場合のみ、ご提出ください。
- ・マイナンバー(個人番号)確認書類は、「マイナンバーカード(個人番号の記載がある面)のコピー」「通知カード(記載事項が変更されている場合は両面)のコピー」「住民票(個人番号付き)」のいずれかとなります。
- ・「マイナンバーカード」は有効期間中のものをコピーのうえ、ご提出ください。
- ・通知カードは、氏名、住所等が住民票記載事項と同一の場合のみ使用可能です。同一でない場合は、住民票(個人番号付き)をご提出ください。
- ・「住民票(個人番号付き)」をご提出される場合は、受取人以外の個人番号が記載されていないものをご提出ください。
- ・必ず「マイナンバー(個人番号)確認書類専用封筒」に封入のうえ、ご提出ください。  
なお、任意の封筒に封入し、「マイナンバー書類在中」と記入のうえご提出いただいてもお取扱い可能です。

(\* 3) 保険金・給付金の請求金額が500万円未満の場合、受取人の登記簿謄本(または戸籍謄(抄)本)の提出は不要です。

(\* ) 各種公的証明書は保険会社受付時点で発行後6カ月以内のものをご提出ください。

ただし、「被保険者の公的証明書(死亡の記載があるもの)」は発行からの有効期限は問いません。

(\* ) その他上記以外にも保険会社から追加で書類の提出を求められる場合があります。

### お手続き書類のお取寄せについて

○お手続き書類のお取寄せにかかる費用は請求者のご負担となりますので、あらかじめご了承ください。  
ただし、診断書料相当額については、以下の場合に限り、診断書・証明書(原本)1枚につき、一律5,500円を保険会社が負担いたします。

**【診断書料相当額を保険会社が負担する場合】**

1回のご請求手続において、保険金・給付金を全くお支払いできなかった場合、かつご提出いただいた診断書等が、保険会社所定の用紙で、原本の場合

※上記2点に加え、その他保険会社所定の要件を満たすことが必要です。

## イ. 「保険金・給付金請求書」(46ページ、様式9)

「団体定期保険 保険金・給付金請求書」(以下「請求書」という。)を作成のうえ、所要の添付書類とともに、当センターへご提出ください。

- ①請求書の「被保険者または被保険者の遺族記入欄」は、役職員本人または役職員の遺族がご記入ください。ご請求に際しては、死亡の場合は被保険者の遺族、高度障がい保険金および障がい・入院給付金の場合は被保険者本人の了知が必要です。
- ②請求書の「親権者・後見人欄」は、役職員本人または役職員の遺族が未成年(後見人が必要な遺族)の場合、当該未成年者(後見人が必要な遺族)の親権者または後見人が記入、押印してください。
- ③請求書の「受取人(施設)記入欄」は、施設管理者が記入、押印してください。
- ④請求書の「保険契約者記入欄」は、当センターが記入するため施設での記入は不要です。  
(センターは、施設から提出された書類を確認した後、保険会社に保険金・給付金を請求します。)

診断書等の各種証明書は、原本をご提出ください。ただし、コピーの欄外に「原本からのコピーに相違ありません」と記載し、「団体名(公益財団法人社会福祉振興・試験センターの名称)」、「当センターの代表者役職および氏名」「当センターの届出印」を記載・押印した場合は、原本証明された書類として、当書類を原本としてお取扱いいたします。

## ウ. 「死亡診断書(死体検案書)のコピー」

- ・一般の「死亡診断書(死体検案書)\*」コピーをご提出ください。
- \*「死亡診断書(死体検案書)」の面のみをご提出ください。

## エ. 「障がい診断書」(47・48ページ、様式10)

生命保険会社所定の「障がい診断書」をご提出ください。

#### オ. 入院内容報告書(49ページ、様式11)と医療機関発行の領収証(コピー)について

○入院内容報告書および医療機関発行の領収証(以下いずれかの書類)のコピーをご提出ください。(以下の医療機関発行の領収証などをお持ちでない場合は、当社所定の「入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)」をご提出ください)

- ・氏名・入院期間・病院名のある医療機関発行の領収証(診療明細書)のコピー
- ・氏名・傷病名・入院期間・病院名・医師名・医師印のある医師の証明書(退院証明書等)のコピー

※領収証(診療明細書)等に資格確認書の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は、抹消(黒塗り)してください。

※なお、ご提出いただいた「入院内容報告書」にてお支払可否が判断できない場合には、当社所定の「入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)」をご提出いただく場合があります。

※受傷日から180日経過後の抜釘等による再入院の場合、入院内容報告書の事故記入欄にその旨記載ください。

## (2)総合医療保険（給付金）の請求手続き

### ア. 必要書類

ご請求に際しては、以下の印のついている書類をご提出ください。

（●：必ずご提出が必要な書類      ○：場合によりご提出が必要な書類）

診断書等の各種証明書は、原本をご提出ください。ただし、コピーの欄外に「原本からのコピーに相違ありません」と記載し、「団体名（公益財団法人社会福祉振興・試験センターの名称）」、「当センターの代表者役職および氏名」「当センターの届出印」を記載・押印した場合は、原本証明された書類として、当書類を原本としてお取り扱いいたします。

戸籍謄本、印鑑証明書等の公的証明書は、原本以外にコピー（原本証明は不要）でもお取り扱いいたします。

書類名		請求種類	入院給付金
総合医療保険（団体型）給付金請求書（様式12）			●
各種 証 明 書	所定の入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）（様式13）		○
	所定の治療内容報告書（様式14）		いずれか一方を提出 ※44ページ「ウ」
	医療機関発行の領収証（診療明細書）（コピー）		○

## イ. 「総合医療保険（団体型）給付金請求書」（50ページ、様式12）

「総合医療保険（団体型）給付金請求書」（以下「医療保険請求書」という。）を作成のうえ、所要の添付書類とともに、当センターへご提出ください。

- ①入院給付金の受取人は、原則として被保険者本人となります。
- ②受取人記入欄は、受取人本人（主たる被保険者）が記入・押印してください。
- ③受取人口座指定欄には受取人ご本人（主たる被保険者様）名義の口座を指定してください。
- ④被保険者がお亡くなりになられている場合、給付金の受取人は被保険者がお亡くなりになられた時点での法定相続人となります。

《戸籍謄本等のお取寄せについて》

- ・被保険者と筆頭順位となる受取人との関係および被保険者の死亡の事実が分かる被保険者の戸籍謄本をご提出ください。
- ※住民票（マイナンバー（個人番号）が記載されていないもの）をご提出いただくことにより、戸籍謄本の提出を省略いただける場合があります。

《筆頭順位の受取人が複数となる場合について》

- ・受取人全員の協議により代表受取人を選定いただき、その代表受取人からご請求ください。この場合、所定の『代表受取人選定に関する申出書』をご提出ください。
- ・ご提出いただく書類（戸籍謄本、本人確認書類\*と所定の『代表受取人選定に関する申出書』に記載いただく人数は、お支払金額によって異なります。（詳細は以下の表をご確認ください。）
- ・ただし、保険会社が権利者全員の意思を確認する必要があると判断した場合には、受取人全員から書類をご提出いただくことがありますので、ご了承ください。

お支払金額	「代表受取人選定に関する申出書」※に記載いただく人数	提出書類
100万円以下	提出不要 (受取人1名で手続き可)	①左記受取人が権利者であることを確認できる「戸籍謄本」等 ②左記受取人の「本人確認書類*」
100万円超 200万円以下	代表受取人1名	
200万円超 1,000万円以下	代表受取人を含めて2名	

※代表受取人と受取人が各自自署のうえ、必要に応じて押印してください。

- \*受取人の本人確認書類は、「運転免許証（運転経歴証明書）のコピー」・「パスポート（旅券番号の記載があるページ）のコピー」・「マイナンバーカード（顔写真がある面）のコピー」のいずれかとなります。
- ・「運転経歴証明書」を除きいずれも有効期間中のものをコピーのうえ、ご提出ください。
  - ・「運転免許証（運転経歴証明書）のコピー」のご提出にあたり、住所・氏名変更をされている場合は両面のコピーをご提出ください。
  - ・「運転免許証（運転経歴証明書）」「パスポート」「マイナンバーカード」をお持ちでない場合は、「印鑑証明書（保険会社受付時点で発行後6カ月以内のもの）」をご提出のうえ、『代表受取人選定に関する申出書』（受取人1名の場合は医療保険請求書）に印鑑証明書と同一印を押印いただくことでもお取扱い可能です。

## ウ. 「入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）」（51ページ、様式13）

国内の病院または診療所に入院された場合、当該病院・診療所で記入された「入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）」をご提出ください。

ただし、以下の条件に該当する場合、「入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）」に代わり、「治療内容報告書」（52ページ、様式14）と「領収書のコピー」をあわせてご提出いただくことでご請求いただけます。

・病気による入院の場合、ご加入（増額）から1年経過後の入院であること

※なお、ご提出いただいた「治療内容報告書」にて、お支払可否が判断できない場合は、「入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）」をご提出いただく場合があります。

**【注意】新規加入・増額日から1年未満で給付金請求をされる場合、「入院・手術・3大疾病等診断書（証明書）」の取寄せが必要となりますが、入院日数が短い場合には病院等に支払う診断書取寄せ手数料が入院給付金額を上回る可能性があります。**

お手続き書類のお取寄せにかかる費用は請求者のご負担となりますのであらかじめご了承ください。ただし、以下項目全てに該当した場合、診断書（原本）1枚につき、一律5,500円を保険会社が負担いたします。

### 【診断書料相当額を保険会社が負担する場合】

- ・1回のご請求手続において、給付金を全くお支払いできなかった場合
- ・ご提出いただいた「診断書」が、保険会社所定の用紙かつ原本の場合  
※上記2点に加え、その他保険会社所定の要件を満たすことが必要です。

#### <留意事項>

- ・請求書に記載されている受取人口座への送金となります。
- ・ご提出いただいた「診断書（原本）」は返却いたしません。
- ・ご請求を取下げられた場合等、お支払いできない場合がございます。

## エ. 海外の病院または診療所に入院した場合

海外における入院・手術等の給付金のご請求に際しては前述の必要書類に加えて以下の書類をご提出ください。

- ・海外病院で発行された保険会社所定の『入院・手術等診断書（証明書）（海外用）』（原本）
  - ・上記『入院・手術等診断書（証明書）（海外用）』の翻訳文（コピーでも可）
- ※翻訳文については「団体名（公益財団法人社会福祉振興・試験センターの名称）」、「当センターの届出印」を記載・押印、または翻訳者の署名・押印・勤務先（役職）等【施設従業員・日本大使館職員等】を記載したもの。
- ※保険会社所定以外での現地病院で発行された「診断書」にてご請求の際は、必要項目の記載がない場合、再度お取寄せをお願いすることがあります。
- ※海外でのご入院の場合、『治療内容報告書』でのお取扱いはできません。必ず上記記載の『入院・手術等診断書（証明書）（海外用）』にてご請求ください。

### <「障がい」の表記>

当手引きでは、「障害」を「障がい」と表記しています。

なお、法律、政令、規則等の法令で用いられている用語や特定の固有名詞については「障害」とそのまま表記する場合があります。

様式9 【記入例】「団体定期保険 保険金・給付金請求書」

以下の記入見本を参照のうえ、「保険金請求書」へ記入・押印してください。  
 ※記入項目は黒ボールペンではっきりとご記入ください。

(鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。)

※受取人記入欄には、生命保険会社へ施設名として届出されている内容をご記入ください。

**A** 保険金を請求される日付をご記入ください。

**B** 記号・証券番号は一律「932・5595」とご記入ください。保険金請求の対象者の事業所コード・被保険者番号・氏名・性別・生年月日・住所をご記入ください。(家族区分には「00」を記入)

**C** ご請求される被保険者に設定されている保険金額をご記入ください。

**D** 保険金を受取られる法人名、施設の住所・電話番号をご記入ください。

**E** 保険金を受取られる施設の名称をご記入ください。

**F** 保険金を受取られる施設の代表者(役職・氏名・性別・生年月日)をご記入ください。

**G** 保険金を受取られる法人が法人番号の指定を受けている場合は法人番号をご記入ください。

**H** 印鑑証明書と同じ印鑑を押印してください。

**I** 金融機関欄・ゆうちょ銀行欄のいずれかにご記入ください。

**J** 【被保険者または被保険者の遺族記入欄】請求内容について了知いただいたうえで、被保険者または被保険者の遺族が署名・押印してください。

団体定期保険 保険金・給付金請求書  
 新団体定期保険  
 (幹事会社) 日本生命保険相互会社 行



232101016

A 記入日(印) 年 月 日

団体名	記入しないでください (社会福祉振興・試験センターが記入いたします)						押印しないでください
代表者 役職・氏名							
住所							

記号	証券番号	事業所コード	被保険者番号	家族区分	被保険者氏名	性別	生年月日
932	5595				フリガナ	男性 女性	昭和 平成 令和 年 月 日
被保険者住所							B
							C 万円 万円

受取人住所	D		電話番号	
受取人氏名	E		施設受取のため、受取人の性別・生年月日は記入不要	
代表者 法人受取の場合のみ	役職	氏名	性別	男性 女性
			生年月日	年 月 日
法人番号 法人受取の場合のみ	G			
被保険者・扶養人氏名	記入しないでください		被保険者同意欄	記入しないでください
金融機関名	フリガナ		フリガナ	印つちぎ銀行
受取口座指定欄	フリガナ		フリガナ	フリガナ
印鑑欄	H		I	
被保険者または被保険者の遺族記入欄	J			

死亡保険金請求に際して、必要書類である「死亡証明書(死亡診断書・死体検察書)」の省略を希望される場合は、以下欄を団体にてご記入ください(省略条件のすべてに該当する場合は省略できます)

団体記入欄	省略希望	①加入(補償・復元)から死亡までの期間	②請求内容	③死亡保険金額	④死因(いずれかを選択)
		記入しないでください			

ニッセイ 処理欄

記入しないでください

日本生命保険相互会社 団体保険支払サービス課 2021.12 K 2 1 - 1 8 6

7100

裏面あり

障がい診断書



日本生命保険相互会社 行

1. 氏名		カルテ番号	性別	生年月日	大正(平成) 昭(令和) 年 月 日
2. (ア)治療・入院等の主たる目的となった傷病名(ケガの場合は「ケガの場合」欄にも記入ください。)		傷病発生日(受傷・発病年月日)	ケガの場合 以下に該当する場合は2項(ア)欄に傷病名を記入ください。		
(イ)原因が判明していればその傷病名等			骨折 ※病的骨折・軟骨骨折を含まない		
(ウ)今回入院を行ったとき、同時に治療を行った(ア)(イ)以外の傷病名・合併症			関節脱臼 ※先天性・反復性・慣性脱臼および半月板損傷・断裂を含まない		
3. 悪性新生物の場合		今回以前に悪性新生物の既往がありますか。	※「はい」の場合は、以下に病名と診断時期を記入ください。		
診断確定日		本人への悪性告知有無	「有」の場合、告知日を記入ください。		今回の悪性新生物の区分
病理組織診断		病名	浸潤癌	大腸の場合、組織学的壁深さ	cTNM分類
病理解説		現在までの治療内容および今後の治療方針(複数選択可)			
選択		方法	結果概要	手術	現在までの治療
細胞診				抗がん剤治療	今後の治療方針
CT・MRI				放射線治療	
血管造影				緩和医療	
その他				その他	
4. 治療期間		初診	入院期間		
5. 上記2項の傷病に関して実施した手術(持続ドレーナージ・エタノール注入療法・腹腔灌流も含まれます。)		診療報酬点数区分	手術名	手術日	手術種類
6. 先進医療		技術名	8. 放射線治療および悪性新生物温熱療法		
7. 前医または紹介医		医師機関名(受療期間)	照射内容	部位	総線量
9. 以前からあった身体障がい		「有」の場合は部位と障がい内容、いつ頃からなられたか記入ください。	区分	体外照射	定位照射(含むIMRT)
10. 障がい状態の原因となった傷病について、その受傷(発病)から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、障がい状態の詳細を記入ください。		11. 以下の1~9のうち該当の障がいに○印のうえ、該当する項目に記入ください。(複数選択可)			
12. 視力障がい		裸眼視力	矯正視力	左視力障がいの根拠となる他覚的所見について記入ください。	
13. 聴力障がい		周波数	500Hz	1000Hz	2000Hz
14. の言語機能が		以下のA~D、a~dのうち該当する項目に○印を記入ください。			
原因		A. 言語機能喪失(音声言語による意思の疎通が全くできない)			
原因		B. 言語機能の著しい障がい(身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意思の疎通が困難である)			
原因		C. 言語機能の障がい(簡単な単語の発語により意思の疎通がかるうじて可能)			
原因		D. その他			
原因		a. こう頭摘出(1.全部 2.一部)			
原因		b. 中枢性失語症			
原因		c. 構音障がい(1.口唇音 2.歯舌音 3.口蓋音 4.こう頭音)			
原因		d. その他			

お願い ①障がいのない項目は斜線で消してください。②点線の部分はいずれかに○印をつけてください。③追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記・訂正箇所に証明印による訂正印を押印してください。④当社専用封筒に封入・封緘のうえご提出ください。

⇒裏面の疾病・治療の状態を記入ください。

LIAJ001-K 05-202007

帳202004-035

日本生命保険相互会社

7100

表面あり

15. そしゃく機能障がい  
 そしゃく機能障がいについて、以下の項目(A~C)のうち該当するものに○印を記入ください。  
 A. 通常の飲食物が食べられる B. かゆ食またはこれに準ずる程度の飲食物であれば食べられる C. 流動食しか摂取できない

16. 日常生活上の介護の要否  
 日常生活上の介護の要否について、以下の項目(A~C)のうち該当するものを(A~オ)に○印を記入ください。  
 (また、その状態がいつから継続しているのか年月日を記入ください。)

[A. 食物の摂取]  
 ア. 箸を使用して可能(年月日の記入は不要)  
 イ. 食器・食物を選定すれば、自力で可能  
 ウ. 自力では困難  
 エ. 介助がなければ全く不可能

[B. 排便・排尿]  
 ア. 通常便器で自力で可能(年月日の記入は不要)  
 イ. 特別の器具を使用すれば自力で可能  
 ウ. 特別の器具により自力で排せつできるが、あとしまつは自力で不能  
 エ. おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能

[C. 衣服着脱・起居・歩行・入浴]  
 ア. 通常の身のまわりの動作可能(年月日の記入は不要)  
 イ. ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴がかるうじて可能  
 ウ. ベッド上の起居・周辺歩行のみかるうじて可能  
 エ. ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能  
 オ. 全くのねがえり状態

平成( )年( )月( )日から  
 令和( )年( )月( )日から

17. 運動麻痺・欠損・短縮  
 (四肢、手指、足指の切断の場合は切断箇所にはっきりと線を入れてください。また、手指足指先端の切断の場合、爪の残存の有無も記入ください。下肢短縮の場合は、その程度(cm)を記入ください。四肢の完全運動麻痺の場合は、その部分を斜線で示してください。)

(左手骨) (右手骨) (右足骨) (左足骨)

存在する麻痺は完全麻痺ですが、  
 はい(完全麻痺)  いいえ(不全麻痺等)

18. 手指・足指の運動障がい(自動運動範囲を記入)  
 右(手指・足指) 第1指 伸展度 屈曲度 第2指 伸展度 屈曲度 第3指 伸展度 屈曲度 第4指 伸展度 屈曲度 第5指 伸展度 屈曲度  
 近位指節間関節 ~ ~ ~ ~ ~  
 中手・足指節間関節 ~ ~ ~ ~ ~  
 左(手指・足指) 第1指 伸展度 屈曲度 第2指 伸展度 屈曲度 第3指 伸展度 屈曲度 第4指 伸展度 屈曲度 第5指 伸展度 屈曲度  
 近位指節間関節 ~ ~ ~ ~ ~  
 中手・足指節間関節 ~ ~ ~ ~ ~

19. 四肢関節の運動障がい  
 範囲 伸展度~屈曲度 内転度~外転度 内旋度~外旋度  
 部位 自動運動範囲 他動運動範囲 自動運動範囲 他動運動範囲 自動運動範囲 他動運動範囲  
 肩関節 右 ~ ~ ~ ~ ~ 左 ~ ~ ~ ~ ~  
 肘関節 右 ~ ~ ~ ~ ~ 左 ~ ~ ~ ~ ~  
 手関節 右 ~ ~ ~ ~ ~ 左 ~ ~ ~ ~ ~  
 股関節 右 ~ ~ ~ ~ ~ 左 ~ ~ ~ ~ ~  
 膝関節 右 ~ ~ ~ ~ ~ 左 ~ ~ ~ ~ ~  
 足関節 右 ~ ~ ~ ~ ~ 左 ~ ~ ~ ~ ~

20. 脊柱障がい  
 A. 運動障がい 自動運動 他動運動 自動運動 他動運動 自動運動 他動運動 自動運動 他動運動  
 頸 前屈(0°~°)(0°~°) 後屈(0°~°)(0°~°) 胸 前屈(0°~°)(0°~°) 後屈(0°~°)(0°~°)  
 右旋(0°~°)(0°~°) 左旋(0°~°)(0°~°) 腰 右旋(0°~°)(0°~°) 左旋(0°~°)(0°~°)  
 椎 右屈(0°~°)(0°~°) 左屈(0°~°)(0°~°) 右屈(0°~°)(0°~°) 左屈(0°~°)(0°~°)

B. 変形障がい 通常服を着用しても外部からみて、 明らかにわかる  わからない

21. その他の障がい状態の有無を記入ください。(例: 鼻の欠損・機能障がいなど)

22. 障がい状態(11項~21項)について、回復の見込みはありますか。  
 有 または  不明 または  無  
 回復の見込みがないと判断した時期が、当該診断書記入日と異なる場合、その時期を記入ください。  
 平成( )年( )月( )日頃

23. 意思能力  
 物事の意味を理解・判断し、それに基づいて意思表示を行うことができると思われますか。  できる  できない  不明  
 上記のとおり証明します。 令和( )年( )月( )日  
 所在地 (標榜科またはご専門) \_\_\_\_\_  
 病院または診療所の 電話番号 \_\_\_\_\_  
 名称 医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

お願い  
 ①障がいのない項目は斜線で消してください。  
 ②点線の部分はいずれかに○印をつけてください。  
 ③関節・脊柱の運動範囲については、自動および他動運動範囲を記入ください。  
 ④手指・足指の運動範囲については、自動運動範囲を記入ください。  
 ⑤追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記・訂正箇所を証明印による訂正印を押印してください。  
 ⑥当社専用封筒に封入・封緘のうえご提出ください。

必ず証明印を押印ください。(原本の複写またはコピーについても押印ください。)

日本生命保険相互会社  
 帳202004-035

請求人ご自身ですべてご記入ください。

※受取人が契約者（法人）である場合は、被保険者（個人）がすべてご記入ください。

■項目①～⑦について

① 請求人氏名を請求人ご本人がご記入ください。  
※受取人が契約者（法人）の場合は、被保険者名を被保険者ご本人がご記入ください。

② 傷病者の氏名・生年月日をご記入ください。

③ 傷病名をご記入ください。

④ けが・事故の詳細についてご記入ください。

⑤ 領収証に記載されている病院名等をご記入ください。

⑥ 領収証に記載されている入院期間をご記入ください。2回以上入院されている場合は各々の入院期間を証明する領収証のコピーの提出が必要です。

⑦ ご請求にあたっての注意事項です。必ずお読みください。

■誤って記入された場合の訂正

二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

入院内容報告書（団体保険用）



当報告書とあわせて『保険金・給付金請求書』と医療機関発行の『領収証等のコピー』をご提出ください。  
請求前に、必ず『入院内容報告書』の記入例をご確認のうえ、ご記入ください。

日本生命保険相互会社 行

記載事項は事実と相違ありません。以下に同意して請求します。  
①記載事項について、日本生命が必要に応じて病院等に事実の確認をすること  
②記載事項が事実と相違する場合は、給付金を受取れない場合があります。  
また、後日上記事項が判明した場合には、正しい支払金額にて修正を行うこと  
③日本生命が必要と認めた場合は、別途指定の診断書等を提出すること

請求人 (フリガナ) ニッセイ タロウ  
請求人 (自署) ① 日生 太郎  
※入院をされた被保険者ご本人がご記入ください

■傷病内容記入欄

傷病者名 (フリガナ)	ニッセイ タロウ	生年月日	(和暦) 平成12年 5月 2日
② 入院をされた方	② 日生 太郎		
傷病名	③ 右足骨折		
④ けが・事故の場合	④ けがをした日(事故発生日) (和暦) 令和6年 4月 1日 I. あてはまるものがある場合、レ点チェックしてください <input type="checkbox"/> 飲酒運転中の事故 <input type="checkbox"/> 5メートル以上の高所(※、墮物の墜下部分)からの転落 <input type="checkbox"/> 自らの意思(故意)によるもの <input type="checkbox"/> 無免許運転中の事故 II. 事故の状況を詳細にご記入ください【必須】 ※けがをした日から(※)医師の診察日となる最初の日の、その箇所に記入ください 転倒		
初診日	(和暦) 令和6年 4月 1日		
病院名 (診療所名)	⑤ <del>ニッセイ タロウ</del> 〇〇病院 (診療所) 外科		

■入院内容記入欄

入院期間	入院開始日 (和暦) 令和6年 4月 1日	～ (和暦) 令和6年 4月 15日	入院中
入院期間	入院開始日 (和暦) 年 月 日	～ (和暦) 年 月 日	入院中
入院期間	入院開始日 (和暦) 年 月 日	～ (和暦) 年 月 日	入院中

※入院期間の証明書を添付してください

⑦ 注意いただきたい点

- ①入院回数(2回目、3回目)欄は、1回目の入院の原因となった傷病のために再入院された場合に記入ください。  
(医療機関が異なる入院の場合、各医療機関ごとの領収証(診療明細書) (\*) <コピーで可>をご提出ください。)
- ②病気になる入院の場合、かつ責任開始日(または発症日、増悪・途中付加の責任開始日)から1年経過後の入院の場合のみご提出ください。
- ③この入院内容報告書と共に、『入院の事実を証明する書類』をご提出ください。  
・医療機関発行の領収証 (\*) <コピーで可>  
・氏名・傷病名・入院期間・病院名・医師名・医師印のある医師の証明書(退院証明書等) <コピーで可>  
・氏名・入院期間・病院名のある診療明細書 (\*) <コピーで可>  
(※) 領収証(診療明細書)に資格確認書の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は、抹消(黒塗り)してください。
- ④提出いただきました書類の記載内容が不明な場合、上記の病院または診療所に内容をお伺いさせていただく場合がございます。なお、病院または診療所に内容をお伺いできない場合は、新たに「当社所定の診断書」等を提出いただく場合があります。  
誤って記入された場合は二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

様式12【記入例】 総合医療保険（団体型）給付金請求書

以下の記入見本を参照のうえ、「給付金請求書」へ記入してください。  
 ※記入項目は黒ボールペンで記入してください。（鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。）

請求書は2枚目があります。  
必ず出力のうえ確認してください。

総合医療保険（団体型）給付金請求書

（幹事会社） 日本生命保険相互会社 行

（記入日<sup>※</sup>） R3 年 12 月 1 日  
 （請求日）

貴社約章の規定により、以下契約の給付金を請求します。

記号 証券番号	900 - 95235	団体名	記入しないでください	届出印	押印しないでください
代表者 役職・氏名		代表者 役職・氏名	記入しないでください		
事業所コード	1	被保険者番号	12345	区分	10
被保険者生年月日	59年3月31日	フリガナ	ニッセイ ハナコ	日生	花子

受取人住所  
【送金住所先】

フリガナ オオサカフ オオサカシ チュウオウク イマバシ  
〒541-0042 大阪府 大阪市 中央区 今橋 ○-○

電話番号 (06) 1234-5678

受取人氏名

フリガナ ニッセイ タロウ  
日生 太郎

性別 ○ 生年月日 57年6月22日

フリガナ セイワ  
星和

フリガナ オオサカ  
大阪

フリガナ ニッセイ タロウ

フリガナ ニッセイ ハナコ  
日生 花子

※ご家族の給付金を請求される場合  
上記受取人記入欄の同意書をご提出ください。同意のうえ、請求書にお名前・住所・ご本人（成人のみ）本人が自署してください。

被保険者氏名  
フリガナ ニッセイ ハナコ  
日生 花子

ニッセイ 代理店

受付日（印） 年 月 日

担当者（所属・氏名） 印

受付印

〒100-0001

A 施設での記入は不要です。  
（当センターが記入・押印します）

B 【家族区分】  
被保険者本人は「00」をご記入ください。

C 【受取人記入欄】  
受取人様ご自身（主たる被保険者様）が記入・必要に応じて押印してください。

D 印鑑証明書提出の場合は、印鑑証明書の印を押印してください。  
提出されない場合は押印不要です。

E 【受取人口座指定欄】  
受取人様ご本人（主たる被保険者様）名義の口座を指定してください。

F 【ご家族同意欄】  
被保険者様ご自身（ご家族の方）が自署してください。

7100



入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)



a 3 3 3 4 2 1 0 1 + a

日本生命保険相互会社 行

1. 氏名		カルテ番号	性別	男性	女性	生年月日	大正	平成	昭和	令和	年	月	日			
2. (ア) 治療・入院等の主たる目的となった傷病名(ケガの場合にケガの場合も記入ください)		傷病発生前年月日(受傷・発病年月日)	ケガの場合 以下に該当する場合は2項(ア)欄に傷病名をご記入ください。													
(イ) 原因が判明していればその傷病名等		平成	令和	年	月	日	骨折 ※病的骨折・軟骨骨折を含まない									
(ウ) 今回入院を伴ったとき、同時に治療を行った(ア)以外(イ)以外の傷病名(合併症)		平成	令和	年	月	日	関節脱臼 ※先天性・反復性・習慣性脱臼および半月板損傷・断裂を含まない									
3. 悪性新生物・上皮内新生物の場合		今回の傷病以前に、悪性新生物・上皮内新生物の既往がありますか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ														
診断確定日		平成	令和	年	月	日	本人への悪性告知有無		有		無		今年度の悪性(上皮内)新生物の区分	原発	再発	転移
病理組織診断		病理組織診断名					浸潤癌		大腸の場合、組織学的壁深達度		cTNM分類		T( ) N( ) M( )			
病理解剖		※病理組織診断「有」の場合は、以下の欄は記入不要。診断確定方法および結果の概要(複数選択可)														
有		現在までの治療内容および今後の治療方針(複数選択可)														
無		現在までの治療														
※		今後の治療方針														
4. 急性心筋梗塞の場合		急性心筋梗塞を発病し、初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、労働制限を必要とする状態(軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態)が継続していましたか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ														
5. 脳卒中の場合		脳卒中を発病し、初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ														
6. 治療期間		初診 平成 令和 年 月 日														
入院期間		第1回目 平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日														
		第2回目 平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日														
		3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」をご記入ください。(入院中の場合は「現在入院中」と付記してください。)														
7. 上記第2項の傷病に関して実施した手術(持続ドレナージ・エタノール注入療法・腹腔灌流も含まれます。)		※医師診療報酬点数表において一連の治療過程に連続して施行し「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。別表から選択しご記入ください。														
手術		手術報点数区分											手術日	手術種類	手術内容	
備考		3回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等をご記入ください。														
8. 先進医療		技術名 (施術日) 平成(令和) 年 月 日														
9. 前医または紹介医		医療機関名 (受療期間) 平成(令和) 年 月 日 ~ 平成(令和) 年 月 日														
10. 放射線治療および電磁波温熱療法		照射内容 部位 総線量 Gy Bq														
		区分 M 体外照射 定位照射(含むIMRT) 温熱療法 その他( )														
		期間 (開始) 平成(令和) 年 月 日 ~ (終了) 平成(令和) 年 月 日														
11. 通院治療		通院年月 合計日数 上記2項の傷病に関する退院後の通院治療日に○印をご記入ください。(往診日は含み、通院予定日は除きます。)														
		平成(令和) 年 月 日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31														
		平成(令和) 年 月 日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31														
		平成(令和) 年 月 日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31														
		平成(令和) 年 月 日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31														
12. 意思能力		保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できない場合、○印をつけてください。 <input type="radio"/> できない														
上記のとおり証明します。		所在地 令和 年 月 日														
病院または診療所の名称		電話番号 (標榜科またはご専門) 医師氏名 印														

お願い ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ㏀ ㏁ ㏂ ㏃ ㏄ ㏅ ㏆ ㏇ ㏈ ㏉ ㏊ ㏋ ㏌ ㏍ ㏎ ㏏ ㏐ ㏑ ㏒ ㏓ ㏔ ㏕ ㏖ ㏗ ㏘ ㏙ ㏚ ㏛ ㏜ ㏝ ㏞ ㏟ ㏠ ㏡ ㏢ ㏣ ㏤ ㏥ ㏦ ㏧ ㏨ ㏩ ㏪ ㏫ ㏬ ㏭ ㏮ ㏯ ㏰ ㏱ ㏲ ㏳ ㏴ ㏵ ㏶ ㏷ ㏸ ㏹ ㏺ ㏻ ㏼ ㏽ ㏾ ㏿ 㐀 㐁 㐂 㐃 㐄 㐅 㐆 㐇 㐈 㐉 㐊 㐋 㐌 㐍 㐎 㐏 㐐 㐑 㐒 㐓 㐔 㐕 㐖 㐗 㐘 㐙 㐚 㐛 㐜 㐝 㐞 㐟 㐠 㐡 㐢 㐣 㐤 㐥 㐦 㐧 㐨 㐩 㐪 㐫 㐬 㐭 㐮 㐯 㐰 㐱 㐲 㐳 㐴 㐵 㐶 㐷 㐸 㐹 㐺 㐻 㐼 㐽 㐾 㐿 㑀 㑁 㑂 㑃 㑄 㑅 㑆 㑇 㑈 㑉 㑊 㑋 㑌 㑍 㑎 㑏 㑐 㑑 㑒 㑓 㑔 㑕 㑖 㑗 㑘 㑙 㑚 㑛 㑜 㑝 㑞 㑟 㑠 㑡 㑢 㑣 㑤 㑥 㑦 㑧 㑨 㑩 㑪 㑫 㑬 㑭 㑮 㑯 㑰 㑱 㑲 㑳 㑴 㑵 㑶 㑷 㑸 㑹 㑺 㑻 㑼 㑽 㑾 㑿 㒀 㒁 㒂 㒃 㒄 㒅 㒆 㒇 㒈 㒉 㒊 㒋 㒌 㒍 㒎 㒏 㒐 㒑 㒒 㒓 㒔 㒕 㒖 㒗 㒘 㒙 㒚 㒛 㒜 㒝 㒞 㒟 㒠 㒡 㒢 㒣 㒤 㒥 㒦 㒧 㒨 㒩 㒪 㒫 㒬 㒭 㒮 㒯 㒰 㒱 㒲 㒳 㒴 㒵 㒶 㒷 㒸 㒹 㒺 㒻 㒼 㒽 㒾 㒿 㓀 㓁 㓂 㓃 㓄 㓅 㓆 㓇 㓈 㓉 㓊 㓋 㓌 㓍 㓎 㓏 㓐 㓑 㓒 㓓 㓔 㓕 㓖 㓗 㓘 㓙 㓚 㓛 㓜 㓝 㓞 㓟 㓠 㓡 㓢 㓣 㓤 㓥 㓦 㓧 㓨 㓩 㓪 㓫 㓬 㓭 㓮 㓯 㓰 㓱 㓲 㓳 㓴 㓵 㓶 㓷 㓸 㓹 㓺 㓻 㓼 㓽 㓾 㓿 㔀 㔁 㔂 㔃 㔄 㔅 㔆 㔇 㔈 㔉 㔊 㔋 㔌 㔍 㔎 㔏 㔐 㔑 㔒 㔓 㔔 㔕 㔖 㔗 㔘 㔙 㔚 㔛 㔜 㔝 㔞 㔟 㔠 㔡 㔢 㔣 㔤 㔥 㔦 㔧 㔨 㔩 㔪 㔫 㔬 㔭 㔮 㔯 㔰 㔱 㔲 㔳 㔴 㔵 㔶 㔷 㔸 㔹 㔺 㔻 㔼 㔽 㔾 㔿 㕀 㕁 㕂 㕃 㕄 㕅 㕆 㕇 㕈 㕉 㕊 㕋 㕌 㕍 㕎 㕏 㕐 㕑 㕒 㕓 㕔 㕕 㕖 㕗 㕘 㕙 㕚 㕛 㕜 㕝 㕞 㕟 㕠 㕡 㕢 㕣 㕤 㕥 㕦 㕧 㕨 㕩 㕪 㕫 㕬 㕭 㕮 㕯 㕰 㕱 㕲 㕳 㕴 㕵 㕶 㕷 㕸 㕹 㕺 㕻 㕼 㕽 㕾 㕿 㖀 㖁 㖂 㖃 㖄 㖅 㖆 㖇 㖈 㖉 㖊 㖋 㖌 㖍 㖎 㖏 㖐 㖑 㖒 㖓 㖔 㖕 㖖 㖗 㖘 㖙 㖚 㖛 㖜 㖝 㖞 㖟 㖠 㖡 㖢 㖣 㖤 㖥 㖦 㖧 㖨 㖩 㖪 㖫 㖬 㖭 㖮 㖯 㖰 㖱 㖲 㖳 㖴 㖵 㖶 㖷 㖸 㖹 㖺 㖻 㖼 㖽 㖾 㖿 㗀 㗁 㗂 㗃 㗄 㗅 㗆 㗇 㗈 㗉 㗊 㗋 㗌 㗍 㗎 㗏 㗐 㗑 㗒 㗓 㗔 㗕 㗖 㗗 㗘 㗙 㗚 㗛 㗜 㗝 㗞 㗟 㗠 㗡 㗢 㗣 㗤 㗥 㗦 㗧 㗨 㗩 㗪 㗫 㗬 㗭 㗮 㗯 㗰 㗱 㗲 㗳 㗴 㗵 㗶 㗷 㗸 㗹 㗺 㗻 㗼 㗽 㗾 㗿 㘀 㘁 㘂 㘃 㘄 㘅 㘆 㘇 㘈 㘉 㘊 㘋 㘌 㘍 㘎 㘏 㘐 㘑 㘒 㘓 㘔 㘕 㘖 㘗 㘘 㘙 㘚 㘛 㘜 㘝 㘞 㘟 㘠 㘡 㘢 㘣 㘤 㘥 㘦 㘧 㘨 㘩 㘪 㘫 㘬 㘭 㘮 㘯 㘰 㘱 㘲 㘳 㘴 㘵 㘶 㘷 㘸 㘹 㘺 㘻 㘼 㘽 㘾 㘿 㙀 㙁 㙂 㙃 㙄 㙅 㙆 㙇 㙈 㙉 㙊 㙋 㙌 㙍 㙎 㙏 㙐 㙑 㙒 㙓 㙔 㙕 㙖 㙗 㙘 㙙 㙚 㙛 㙜 㙝 㙞 㙟 㙠 㙡 㙢 㙣 㙤 㙥 㙦 㙧 㙨 㙩 㙪 㙫 㙬 㙭 㙮 㙯 㙰 㙱 㙲 㙳 㙴 㙵 㙶 㙷 㙸 㙹 㙺 㙻 㙼 㙽 㙾 㙿 㚀 㚁 㚂 㚃 㚄 㚅 㚆 㚇 㚈 㚉 㚊 㚋 㚌 㚍 㚎 㚏 㚐 㚑 㚒 㚓 㚔 㚕 㚖 㚗 㚘 㚙 㚚 㚛 㚜 㚝 㚞 㚟 㚠 㚡 㚢 㚣 㚤 㚥 㚦 㚧 㚨 㚩 㚪 㚫 㚬 㚭 㚮 㚯 㚰 㚱 㚲 㚳 㚴 㚵 㚶 㚷 㚸 㚹 㚺 㚻 㚼 㚽 㚾 㚿 㜀 㜁 㜂 㜃 㜄 㜅 㜆 㜇 㜈 㜉 㜊 㜋 㜌 㜍 㜎 㜏 㜐 㜑 㜒 㜓 㜔 㜕 㜖 㜗 㜘 㜙 㜚 㜛 㜜 㜝 㜞 㜟 㜠 㜡 㜢 㜣 㜤 㜥 㜦 㜧 㜨 㜩 㜪 㜫 㜬 㜭 㜮 㜯 㜰 㜱 㜲 㜳 㜴 㜵 㜶 㜷 㜸 㜹 㜺 㜻 㜼 㜽 㜾 㜿 㝀 㝁 㝂 㝃 㝄 㝅 㝆 㝇 㝈 㝉 㝊 㝋 㝌 㝍 㝎 㝏 㝐 㝑 㝒 㝓 㝔 㝕 㝖 㝗 㝘 㝙 㝚 㝛 㝜 㝝 㝞 㝟 㝠 㝡 㝢 㝣 㝤 㝥 㝦 㝧 㝨 㝩 㝪 㝫 㝬 㝭 㝮 㝯 㝰 㝱 㝲 㝳 㝴 㝵 㝶 㝷 㝸 㝹 㝺 㝻 㝼 㝽 㝾 㝿 㞀 㞁 㞂 㞃 㞄 㞅 㞆 㞇 㞈 㞉 㞊 㞋 㞌 㞍 㞎 㞏 㞐 㞑 㞒 㞓 㞔 㞕 㞖 㞗 㞘 㞙 㞚 㞛 㞜 㞝 㞞 㞟 㞠 㞡 㞢 㞣 㞤 㞥 㞦 㞧 㞨 㞩 㞪 㞫 㞬 㞭 㞮 㞯 㞰 㞱 㞲 㞳 㞴 㞵 㞶 㞷 㞸 㞹 㞺 㞻 㞼 㞽 㞾 㞿 㟀 㟁 㟂 㟃 㟄 㟅 㟆 㟇 㟈 㟉 㟊 㟋 㟌 㟍 㟎 㟏 㟐 㟑 㟒 㟓 㟔 㟕 㟖 㟗 㟘 㟙 㟚 㟛 㟜 㟝 㟞 㟟 㟠 㟡 㟢 㟣 㟤 㟥 㟦 㟧 㟨 㟩 㟪 㟫 㟬 㟭 㟮 㟯 㟰 㟱 㟲 㟳 㟴 㟵 㟶 㟷 㟸 㟹 㟺 㟻 㟼 㟽 㟾 㟿 㠀 㠁 㠂 㠃 㠄 㠅 㠆 㠇 㠈 㠉 㠊 㠋 㠌 㠍 㠎 㠏 㠐 㠑 㠒 㠓 㠔 㠕 㠖 㠗 㠘 㠙 㠚 㠛 㠜 㠝 㠞 㠟 㠠 㠡 㠢 㠣 㠤 㠥 㠦 㠧 㠨 㠩 㠪 㠫 㠬 㠭 㠮 㠯 㠰 㠱 㠲 㠳 㠴 㠵 㠶 㠷 㠸 㠹 㠺 㠻 㠼 㠽 㠾 㠿 㡀 㡁 㡂 㡃 㡄 㡅 㡆 㡇 㡈 㡉 㡊 㡋 㡌 㡍 㡎 㡏 㡐 㡑 㡒 㡓 㡔 㡕 㡖 㡗 㡘 㡙 㡚 㡛 㡜 㡝 㡞 㡟 㡠 㡡 㡢 㡣 㡤 㡥 㡦 㡧 㡨 㡩 㡪 㡫 㡬 㡭 㡮 㡯 㡰 㡱 㡲 㡳 㡴 㡵 㡶 㡷 㡸 㡹 㡺 㡻 㡼 㡽 㡾 㡿 㢀 㢁 㢂 㢃 㢄 㢅 㢆 㢇 㢈 㢉 㢊 㢋 㢌 㢍 㢎 㢏 㢐 㢑 㢒 㢓 㢔 㢕 㢖 㢗 㢘 㢙 㢚 㢛 㢜 㢝 㢞 㢟 㢠 㢡 㢢 㢣 㢤 㢥 㢦 㢧 㢨 㢩 㢪 㢫 㢬 㢭 㢮 㢯 㢰 㢱 㢲 㢳 㢴 㢵 㢶 㢷 㢸 㢹 㢺 㢻 㢼 㢽 㢾 㢿 㣀 㣁 㣂 㣃 㣄 㣅 㣆 㣇 㣈 㣉 㣊 㣋 㣌 㣍 㣎 㣏 㣐 㣑 㣒 㣓 㣔 㣕 㣖 㣗 㣘 㣙 㣚 㣛 㣜 㣝 㣞 㣟 㣠 㣡 㣢 㣣 㣤 㣥 㣦 㣧 㣨 㣩 㣪 㣫 㣬 㣭 㣮 㣯 㣰 㣱 㣲 㣳 㣴 㣵 㣶 㣷 㣸 㣹 㣺 㣻 㣼 㣽 㣾 㣿 㤀 㤁 㤂 㤃 㤄 㤅 㤆 㤇 㤈 㤉 㤊 㤋 㤌 㤍 㤎 㤏 㤐 㤑 㤒 㤓 㤔 㤕 㤖 㤗 㤘 㤙 㤚 㤛 㤜 㤝 㤞 㤟 㤠 㤡 㤢 㤣 㤤 㤥 㤦 㤧 㤨 㤩 㤪 㤫 㤬 㤭 㤮 㤯 㤰 㤱 㤲 㤳 㤴 㤵 㤶 㤷 㤸 㤹 㤺 㤻 㤼 㤽 㤾 㤿 㥀 㥁 㥂 㥃 㥄 㥅 㥆 㥇 㥈 㥉 㥊 㥋 㥌 㥍 㥎 㥏 㥐 㥑 㥒 㥓 㥔 㥕 㥖 㥗 㥘 㥙 㥚 㥛 㥜 㥝 㥞 㥟 㥠 㥡 㥢 㥣 㥤 㥥 㥦 㥧 㥨 㥩 㥪 㥫 㥬 㥭 㥮 㥯 㥰 㥱 㥲 㥳 㥴 㥵 㥶 㥷 㥸 㥹 㥺 㥻 㥼 㥽 㥾 㥿 㦀 㦁 㦂 㦃 㦄 㦅 㦆 㦇 㦈 㦉 㦊 㦋 㦌 㦍 㦎 㦏 㦐 㦑 㦒 㦓 㦔 㦕 㦖 㦗 㦘 㦙 㦚 㦛 㦜 㦝 㦞 㦟 㦠 㦡 㦢 㦣 㦤 㦥 㦦 㦧 㦨 㦩 㦪 㦫 㦬 㦭 㦮 㦯 㦰 㦱 㦲 㦳 㦴 㦵 㦶 㦷 㦸 㦹 㦺 㦻 㦼 㦽 㦾 㦿 㧀 㧁 㧂 㧃 㧄 㧅 㧆 㧇 㧈 㧉 㧊 㧋 㧌 㧍 㧎 㧏 㧐 㧑 㧒 㧓 㧔 㧕 㧖 㧗 㧘 㧙 㧚 㧛 㧜 㧝 㧞 㧟 㧠 㧡 㧢 㧣 㧤 㧥 㧦 㧧 㧨 㧩 㧪 㧫 㧬 㧭 㧮 㧯 㧰 㧱 㧲 㧳 㧴 㧵 㧶 㧷 㧸 㧹 㧺 㧻 㧼 㧽 㧾 㧿 㨀 㨁 㨂 㨃 㨄 㨅 㨆 㨇 㨈 㨉 㨊 㨋 㨌 㨍 㨎 㨏 㨐 㨑 㨒 㨓 㨔 㨕 㨖 㨗 㨘 㨙 㨚 㨛 㨜 㨝 㨞 㨟 㨠 㨡 㨢 㨣 㨤 㨥 㨦 㨧 㨨 㨩 㨪 㨫 㨬 㨭 㨮 㨯 㨰 㨱 㨲 㨳 㨴 㨵 㨶 㨷 㨸 㨹 㨺 㨻 㨼 㨽 㨾 㨿 㩀 㩁 㩂 㩃 㩄 㩅 㩆 㩇 㩈 㩉 㩊 㩋 㩌 㩍 㩎 㩏 㩐 㩑 㩒 㩓 㩔 㩕 㩖 㩗 㩘 㩙 㩚 㩛 㩜 㩝 㩞 㩟 㩠 㩡 㩢 㩣 㩤 㩥 㩦 㩧 㩨 㩩 㩪 㩫 㩬 㩭 㩮 㩯 㩰 㩱 㩲 㩳 㩴 㩵 㩶 㩷 㩸 㩹 㩺 㩻 㩼 㩽 㩾 㩿 㪀 㪁 㪂 㪃 㪄 㪅 㪆 㪇 㪈 㪉 㪊 㪋 㪌 㪍 㪎 㪏 㪐 㪑 㪒 㪓 㪔 㪕 㪖 㪗 㪘 㪙 㪚 㪛 㪜 㪝 㪞 㪟 㪠 㪡 㪢 㪣 㪤 㪥 㪦 㪧 㪨 㪩 㪪 㪫 㪬 㪭 㪮 㪯 㪰 㪱 㪲 㪳 㪴 㪵 㪶 㪷 㪸 㪹 㪺 㪻 㪼 㪽 㪾 㪿 㫀 㫁 㫂 㫃 㫄 㫅 㫆 㫇 㫈 㫉 㫊 㫋 㫌 㫍 㫎 㫏 㫐 㫑 㫒 㫓 㫔 㫕 㫖 㫗 㫘 㫙 㫚 㫛 㫜 㫝 㫞 㫟 㫠 㫡 㫢 㫣 㫤 㫥 㫦 㫧 㫨 㫩 㫪 㫫 㫬 㫭 㫮 㫯 㫰 㫱 㫲 㫳 㫴 㫵 㫶 㫷 㫸 㫹 㫺 㫻 㫼 㫽 㫾 㫿 㬀 㬁 㬂 㬃 㬄 㬅 㬆 㬇 㬈 㬉 㬊 㬋 㬌 㬍 㬎 㬏 㬐 㬑 㬒 㬓 㬔 㬕 㬖 㬗 㬘 㬙 㬚 㬛 㬜 㬝 㬞 㬟 㬠 㬡 㬢 㬣 㬤 㬥 㬦 㬧 㬨 㬩 㬪 㬫 㬬 㬭 㬮 㬯 㬰 㬱 㬲 㬳 㬴 㬵 㬶 㬷 㬸 㬹 㬺 㬻 㬼 㬽 㬾 㬿 㭀 㭁 㭂 㭃 㭄 㭅 㭆 㭇 㭈 㭉 㭊 㭋 㭌 㭍 㭎 㭏 㭐 㭑 㭒 㭓 㭔 㭕 㭖 㭗 㭘 㭙 㭚 㭛 㭜 㭝 㭞 㭟 㭠 㭡 㭢 㭣 㭤 㭥 㭦 㭧 㭨 㭩 㭪 㭫 㭬 㭭 㭮 㭯 㭰 㭱 㭲 㭳 㭴 㭵 㭶 㭷 㭸 㭹 㭺 㭻 㭼 㭽 㭾 㭿 㮀 㮁 㮂 㮃 㮄 㮅 㮆 㮇 㮈 㮉 㮊 㮋 㮌 㮍 㮎 㮏 㮐 㮑 㮒 㮓 㮔 㮕 㮖 㮗 㮘 㮙 㮚 㮛 㮜 㮝 㮞 㮟 㮠 㮡 㮢 㮣 㮤 㮥 㮦 㮧 㮨 㮩 㮪 㮫 㮬 㮭 㮮 㮯 㮰 㮱 㮲 㮳 㮴 㮵 㮶 㮷 㮸 㮹 㮺 㮻 㮼 㮽 㮾 㮿 㯀 㯁 㯂 㯃 㯄 㯅 㯆 㯇 㯈 㯉 㯊 㯋 㯌 㯍 㯎 㯏 㯐 㯑 㯒 㯓 㯔 㯕 㯖 㯗 㯘 㯙 㯚 㯛 㯜 㯝 㯞 㯟 㯠 㯡 㯢 㯣 㯤 㯥 㯦 㯧 㯨 㯩 㯪 㯫 㯬 㯭 㯮 㯯 㯰 㯱 㯲 㯳 㯴 㯵 㯶 㯷 㯸 㯹 㯺 㯻 㯼 㯽 㯾 㯿 㰀 㰁 㰂 㰃 㰄 㰅 㰆 㰇 㰈 㰉 㰊 㰋 㰌 㰍 㰎 㰏 㰐 㰑 㰒 㰓 㰔 㰕 㰖 㰗 㰘 㰙 㰚 㰛 㰜 㰝 㰞 㰟 㰠 㰡 㰢 㰣 㰤 㰥 㰦 㰧 㰨 㰩 㰪 㰫 㰬 㰭 㰮 㰯 㰰 㰱 㰲 㰳 㰴 㰵 㰶 㰷 㰸 㰹 㰺 㰻 㰼 㰽 㰾 㰿 㱀 㱁 㱂 㱃 㱄 㱅 㱆 㱇 㱈 㱉 㱊 㱋 㱌 㱍 㱎 㱏 㱐 㱑 㱒 㱓 㱔 㱕 㱖 㱗 㱘 㱙 㱚 㱛 㱜 㱝 㱞 㱟 㱠 㱡 㱢 㱣 㱤 㱥 㱦 㱧 㱨 㱩 㱪 㱫 㱬 㱭 㱮 㱯 㱰 㱱 㱲 㱳 㱴 㱵 㱶 㱷 㱸 㱹 㱺 㱻 㱼 㱽 㱾 㱿 㲀 㲁 㲂 㲃 㲄 㲅 㲆 㲇 㲈 㲉 㲊 㲋 㲌 㲍 㲎 㲏 㲐 㲑 㲒 㲓 㲔 㲕 㲖 㲗 㲘 㲙 㲚 㲛 㲜 㲝 㲞 㲟 㲠 㲡 㲢 㲣 㲤 㲥 㲦 㲧 㲨 㲩 㲪 㲫 㲬 㲭 㲮 㲯 㲰 㲱 㲲 㲳 㲴 㲵 㲶 㲷 㲸 㲹 㲺 㲻 㲼 㲽 㲾 㲿 㳀 㳁 㳂 㳃 㳄 㳅 㳆 㳇 㳈 㳉 㳊 㳋 㳌 㳍 㳎 㳏 㳐 㳑 㳒 㳓 㳔 㳕 㳖 㳗 㳘 㳙 㳚 㳛 㳜 㳝 㳞 㳟 㳠 㳡 㳢 㳣 㳤 㳥 㳦 㳧 㳨 㳩 㳪 㳫 㳬 㳭 㳮 㳯 㳰 㳱 㳲 㳳 㳴 㳵 㳶 㳷 㳸 㳹 㳺 㳻 㳼 㳽 㳾 㳿 㴀 㴁 㴂 㴃 㴄 㴅 㴆 㴇 㴈 㴉 㴊 㴋 㴌 㴍 㴎 㴏 㴐 㴑 㴒 㴓 㴔 㴕 㴖 㴗 㴘 㴙 㴚 㴛 㴜 㴝 㴞 㴟 㴠 㴡 㴢 㴣 㴤 㴥 㴦 㴧 㴨 㴩 㴪 㴫 㴬 㴭 㴮 㴯



総合医療保険については、  
生命保険会社から加入役職員に  
給付金を直接お支払い  
することを原則としています。

# 口座振替取扱金融機関一覧(その1)

## < 15日振替 > 提携金融機関一覧

2026年1月現在

### ご利用できる金融機関

(株)三栄収納サービス

#### 都市銀行 (全5行取扱可)

みずほ	0001	三菱UFJ	0005	三井住友	0009	りそな	0010	埼玉りそな	0017
-----	------	-------	------	------	------	-----	------	-------	------

#### 信託銀行 (以下の1信託のみ取扱可)

三井住友信託	0294
--------	------

#### その他銀行 (以下の4行取扱可)

楽天	0036	auじぶん	0039	イオン	0040	SBI新生	0397
----	------	-------	------	-----	------	-------	------

#### 全国地銀 (全61行取扱可)

北海道	0116	群馬	0128	山梨中央	0142	十六	0153	鳥取	0166	筑邦	0178	北九州	0191
青森みちのく	0117	足利	0129	八十二長野	0143	三十三	0154	山陰合同	0167	佐賀	0179		
秋田	0119	常陽	0130	北陸	0144	百五	0155	中国	0168	十八親和	0181		
北都	0120	筑波	0131	富山	0145	滋賀	0157	広島	0169	肥後	0182		
荘内	0121	武蔵野	0133	北國	0146	京都	0158	山口	0170	大分	0183		
山形	0122	千葉	0134	福井	0147	関西みらい	0159	阿波	0172	宮崎	0184		
岩手	0123	千葉興業	0135	静岡	0149	池田泉州	0161	百十四	0173	鹿児島	0185		
東北	0124	きらぼし	0137	スルガ	0150	南都	0162	伊予	0174	琉球	0187		
七十七	0125	横浜	0138	清水	0151	紀陽	0163	四国	0175	沖縄	0188		
東邦	0126	第四北越	0140	大垣共立	0152	但馬	0164	福岡	0177	西日本シティ	0190		

#### 第二地銀 (全35行取扱可)

北洋	0501	栃木	0517	福邦	0537	もみじ	0569	佐賀共栄	0583		
きらやか	0508	京葉	0522	静岡中央	0538	西京	0570	長崎	0585		
北日本	0509	東日本	0525	あいち	0542	徳島大正	0572	熊本	0587		
仙台	0512	東京スター	0526	名古屋	0543	香川	0573	豊和	0590		
福島	0513	神奈川	0530	みなと	0562	愛媛	0576	宮崎太陽	0591		
大東	0514	大光	0532	島根	0565	高知	0578	南日本	0594		
東和	0516	富山第一	0534	トマト	0566	福岡中央	0582	沖縄海邦	0596		

#### 信用金庫 (全254金庫取扱可・次頁参照)

#### 信用組合 (以下の22組合のみ取扱可)

函館商工	2017	房総	2180	中ノ郷	2235	山梨県民	2377	石川県医師	2417	淡陽	2616
青森県	2030	銚子商工	2184	大東京	2248	都留	2378	豊橋商工	2448	大分県	2870
茨城県	2101	君津	2190	新潟縣	2351	長野県	2390	岐阜商工	2470		
埼玉県医師	2162	青和	2231	糸魚川	2366	富山県医師	2402	滋賀県	2505		

#### 労働金庫 (全13金庫取扱可)

北海道	2951	中央	2963	長野県	2966	北陸	2970	近畿	2978	四国	2987	沖縄県	2997
東北	2954	新潟県	2965	静岡県	2968	東海	2972	中国	2984	九州	2990		

#### 農協 (全47都道府県の農協取扱可)

#### 日本郵政

ゆうちょ	9900
------	------

【注】金融機関名(農協を除く)の後の4桁は金融機関コードです。

# 口座振替取扱金融機関一覧(その2)

## 信用金庫 (全254金庫取扱可)

北海道地方	苦小牧 1006	日高 1011	稚内 1021	釧路 1027	遠軽 1033	
北海道 1001	北門 1008	渡島 1013	留萌 1022	大地みらい 1028		
室蘭 1003	伊達 1009	道南うみ街 1014	北星 1024	北見 1030		
空知 1004	北空知 1010	旭川 1020	帯広 1026	網走 1031		以上20金庫

東北地方	山形 1140	宮古 1152	杜の都 1170	会津 1181	あぶくま 1188	
東奥 1104	米沢 1141	一関 1153	宮城第一 1171	郡山 1182	二本松 1189	
青い森 1105	鶴岡 1142	北上 1154	石巻 1172	白河 1184	福島 1190	
秋田 1120	新庄 1143	花巻 1155	仙南 1174	須賀川 1185		
羽後 1123	盛岡 1150	水沢 1156	気仙沼 1175	ひまわり 1186		以上27金庫

関東地方	館林 1209	鹿沼相互 1223	結城 1242	千葉 1260	横浜 1280	さがみ 1288
高崎 1203	北群馬 1210	佐野 1224	埼玉縣 1250	銚子 1261	かながわ 1281	中栄 1289
桐生 1204	しののめ 1211	大田原 1225	川口 1251	東京ベイ 1262	湘南 1282	中南 1290
アイオー 1206	足利小山 1221	烏山 1227	青木 1252	館山 1264	川崎 1283	
利根郡 1208	栃木 1222	水戸 1240	飯能 1253	佐原 1267	平塚 1286	以上32金庫

東京地方	東京シティ 1311	亀有 1323	西京 1336	目黒 1346	瀧野川 1352	
朝日 1303	芝 1319	小松川 1326	西武 1341	世田谷 1348	巢鴨 1356	
興産 1305	東京東 1320	足立成和 1327	城南 1344	東京 1349	青梅 1358	
さわやか 1310	東栄 1321	東京三協 1333	昭和 1345	城北 1351	多摩 1360	以上23金庫

信越地方	三条 1373	上越 1376	加茂 1380	長野 1390	諏訪 1393	
新潟 1370	新発田 1374	新井 1377	甲府 1385	松本 1391	飯田 1394	
長岡 1371	柏崎 1375	村上 1379	山梨 1386	上田 1392	アルプス中央 1396	以上17金庫

北陸地方	新湊 1404	砺波 1412	のと共栄 1442	福井 1470	越前 1475	
富山 1401	にいかわ 1405	石動 1413	はくさん 1444	敦賀 1471		
高岡 1402	氷見伏木 1406	金沢 1440	興能 1448	小浜 1473		以上15金庫

東海地方	富士宮 1507	高山 1532	岡崎 1552	豊田 1559	東春 1566	
しずおか焼津 1501	島田掛川 1513	東濃 1533	いちい 1553	碧海 1560	津 1580	
静岡 1502	富士 1515	関 1534	瀬戸 1554	西尾 1561	北伊勢上野 1581	
浜松磐田 1503	遠州 1517	八幡 1538	半田 1555	蒲郡 1562	桑名三重 1583	
沼津 1505	岐阜 1530	愛知 1550	知多 1556	尾西 1563	紀北 1585	
三島 1506	大垣西濃 1531	豊橋 1551	豊川 1557	中日 1565		以上34金庫

近畿地方	京都中央 1611	大阪商工 1636	大和 1667	姫路 1685	淡路 1691	
滋賀中央 1602	京都北都 1620	永和 1643	奈良中央 1668	播州 1686	但馬 1692	
長浜 1603	大阪 1630	北おおさか 1645	新宮 1671	兵庫 1687	西兵庫 1694	
湖東 1604	大阪厚生 1633	枚方 1656	きのくに 1674	尼崎 1688	中兵庫 1695	
京都 1610	大阪シティ 1635	奈良 1666	神戸 1680	日新 1689	但陽 1696	以上29金庫

中四国地方	日本海 1711	玉島 1738	呉 1752	東山口 1789	愛媛 1860	高知 1881
鳥取 1701	島根中央 1712	備北 1740	しまなみ 1756	徳島 1801	宇和島 1862	
米子 1702	おかやま 1732	吉備 1741	広島みどり 1758	阿南 1803	東予 1864	
倉吉 1703	水島 1734	備前日生 1743	萩山口 1780	高松 1830	川之江 1866	
しまね 1710	津山 1735	広島 1750	西中国 1781	観音寺 1833	幡多 1880	以上30金庫

九州・沖縄地方	飯塚 1910	佐賀 1931	熊本第一 1952	日田 1968	鹿児島相互 1991	
福岡 1901	田川 1913	伊万里 1932	熊本中央 1954	宮崎第一 1980	奄美大島 1993	
福岡ひびき 1903	大川 1917	九州ひぜん 1933	天草 1955	延岡 1982	コザ 1996	
大牟田柳川 1908	遠賀 1920	たちばな 1942	大分 1960	高鍋 1985		
筑後 1909	唐津 1930	熊本 1951	大分みらい 1962	鹿児島 1990		以上27金庫

# 県コード 一覧

## 県コード

01	北海道	02	青森	03	岩手	04	宮城	05	秋田	06	山形	07	福島	08	茨城
09	栃木	10	群馬	11	埼玉	12	千葉	13	東京	14	神奈川	15	新潟	16	富山
17	石川	18	福井	19	山梨	20	長野	21	岐阜	22	静岡	23	愛知	24	三重
25	滋賀	26	京都	27	大阪	28	兵庫	29	奈良	30	和歌山	31	鳥取	32	島根
33	岡山	34	広島	35	山口	36	徳島	37	香川	38	愛媛	39	高知	40	福岡
41	佐賀	42	長崎	43	熊本	44	大分	45	宮崎	46	鹿児島	47	沖縄		

# 施設種類コード 一覧 (1)

## 施設種類コード (2026年新体系)

(注) このコードは2026年7月以降に加入の場合に使用します。  
2026年6月時点の加入施設は現在使用しているコードをそのまま使用します。

区分	加入対象施設・事業	施設種類コード
生活保護関係	救護施設	11001
	更生施設	11002
	医療保護施設	11003
	授産施設 (生活保護)	11004
	宿所提供施設	11005
	葬祭扶助	11006
高齢者関係	養護老人ホーム	21001
	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	21002
	軽費老人ホーム	21003
	介護老人保健施設	22001
	介護医療院	22002
	訪問介護、夜間対応型訪問介護	23001
	訪問入浴介護、介護予防訪問入浴介護	23002
	通所介護 (デイサービス)	23003
	短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ)	23004
	小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護	23005
	認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	23006
	特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護	23007
	地域密着型通所介護	23008
	認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護	23009
	小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護	23010
	地域密着型特定施設入居者生活介護	23011
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	23012
	福祉用具貸与、特定福祉用具販売	23013
	訪問看護、介護予防訪問看護	23101
	訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション	23102
	居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導	23103
	通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション	23104
	短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護	23105
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	23106
	複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	23107
	居宅介護支援、介護予防支援	24001
	老人福祉センター	25001
	老人介護支援センター	25002
	有料老人ホーム	26001

(注) 加入単位の施設・事業所において複数の事業を営む場合は、その主たる事業のコードを登録する。

## 施設種類コード 一覧 (2)

区分	加入対象施設・事業	施設種類 コード
児童関係	乳児院	31001
	母子生活支援施設	31002
	児童養護施設	31003
	障害児入所施設	31004
	児童心理治療施設	31005
	児童自立支援施設	31006
	障害児通所支援事業（放課後等デイサービスほか）	32001
	放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ）	32002
	助産施設	32003
	保育所（保育所型認定こども園を含む）	32004
	児童厚生施設（児童遊園、児童館）	32005
	児童家庭支援センター	32006
	その他の社会福祉法第2条第3項第2号の事業	32007
	幼保連携型認定こども園	33001
	母子・父子福祉施設	34001
	その他の社会福祉法第2条第3項第3号の事業	34002
障害者関係	障害者支援施設	41001
	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援	42001
	療養介護、生活介護、短期入所	42002
	自立訓練、就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助	42003
	共同生活援助（グループホーム）	42004
	移動支援事業、地域活動支援センター、福祉ホーム	42005
	一般相談支援事業、特定相談支援事業	42006
	身体障害者生活訓練等事業	43001
	手話通訳事業	43002
	介助犬訓練事業、聴導犬訓練事業、盲導犬訓練事業	43003
	身体障害者福祉センター	43004
	補装具製作施設	43005
	視覚障害者情報提供施設	43006
	身体障害者更生相談所	43007
	知的障害者更生相談所	44001
	その他	女性自立支援施設
授産施設（社会事業授産施設）		51002
生活福祉資金貸付事業		51003
生活困窮者に対する相談事業		52001
認定生活困窮者就労訓練事業		52002
養子縁組あっせん事業		52003
無料低額宿泊（診療）事業		52004
隣保事業、福祉サービス利用援助事業		52005
社会福祉事業に関する連絡・助成事業		52006
法人一括		61001

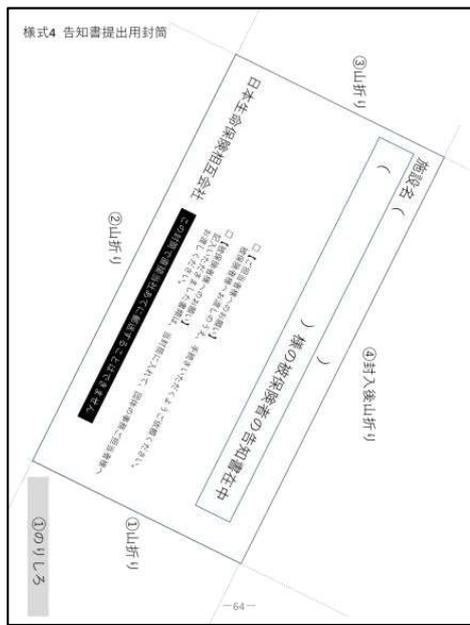
（注）加入単位の施設・事業所において複数の事業を経営する場合は、その主たる事業のコードを登録する。

## 告知書封入について

(①・②どちらかの方法で封筒を作成してください)

### 作成方法①

60・61ページを両面印刷し、折って告知書提出用封筒を作成のうえ、その中に封入封緘してください。(封筒に入る大きさに告知書を折曲げて封入してください)



施設名 ( )  
( ) 様の被保険者の告知書在中

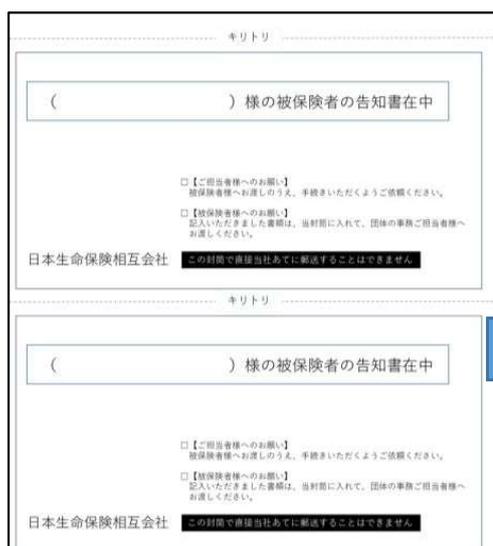
【ご担当者様へのお問い合わせ】  
被保険者様へお渡しのうえ、手続きいただくようご依頼ください。

【被保険者様へのお問い合わせ】  
記入いただきました書類は、当封筒に入れて、団体の事務ご担当者様へお渡しください。

日本生命保険相互会社 **この封筒で直接当社あてに郵送することはできません**

### 作成方法②

62ページの封筒面をコピーし、切取って市販封筒等に貼付してご提出ください。



③山折り

施設名 (

④封入後山折り

) 様の被保険者の告知書在中

日本生命保険相互会社

- 【ご担当者様へのお願ひ】  
被保険者様へお渡しの際、  
記入いただきました書類は、  
お渡しください。
- 【被保険者様へのお願ひ】  
お渡しいただきました書類は、  
手続きいただくようご依頼ください。

この封筒で直接当社あてに郵送することはできません

②山折り

①山折り

①のりしろ



( ) 様の被保険者の告知書在中

- 【ご担当者様へのお願い】  
被保険者様へお渡しのうえ、手続きいただくようご依頼ください。
- 【被保険者様へのお願い】  
記入いただきました書類は、当封筒に入れて、団体の事務ご担当者様へお渡しください。

日本生命保険相互会社

この封筒で直接当社あてに郵送することはできません

キリトリ

( ) 様の被保険者の告知書在中

- 【ご担当者様へのお願い】  
被保険者様へお渡しのうえ、手続きいただくようご依頼ください。
- 【被保険者様へのお願い】  
記入いただきました書類は、当封筒に入れて、団体の事務ご担当者様へお渡しください。

日本生命保険相互会社

この封筒で直接当社あてに郵送することはできません