

# 介護・認知症サポートプラン 概要説明

損害保険ジャパン株式会社

栃木支店・法人支社

取扱代理店：株式会社栃木共済サービス

# 栃木県市町村職員共済組合 組合員さま専用 介護・認知症サポートプラン ポイント5点

- ① 合理的な保険設計で割安なプランをご提供
- ② 新規加入年齢79歳、継続は89歳まで加入可能
- ③ ご家族も補償対象とすることが可能
- ④ 要介護2相当以上で「介護一時金」をお支払い
- ⑤ 軽度認知障害の補償で、認知症予防への効果

# 栃木県市町村職員共済組合 組合員さま専用 介護・認知症サポートプラン ポイント5点

- ① 合理的な保険設計で割安なプランをご提供
- ② 新規加入年齢79歳、継続は89歳まで加入可能
- ③ ご家族も補償対象とすることが可能
- ④ 要介護2相当以上で「介護一時金」をお支払い
- ⑤ 軽度認知障害の補償で、認知症予防への効果

## (基本補償) 介護一時金支払特約

認知症またはそれ以外の要因でも  
要介護2相当以上で **最高300万円**  
(※K3コースの場合)

商品内容 公的介護保険制度の要介護2から5の認定を受けたとき、または損保ジャパンが定める所定の要介護状態(注)が90日を超えて継続したとき、被保険者に一時金をお支払いします。  
(注)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。

保険金額 100万円、200万円、300万円の3タイプ(一時金)

保険期間1年、団体割引5%

	年払(一括払)保険料			
	基本補償	K1	K2	K3
	介護一時保険金	100万円	200万円	300万円
被保険者(介護対象者本人)満年齢	15~19才	100円	190円	290円
	20~24才	100円	190円	290円
	25~29才	100円	190円	290円
	30~34才	100円	190円	290円
	35~39才	100円	190円	290円
	40~44才	230円	460円	680円
	45~49才	570円	1,140円	1,700円
	50~54才	1,130円	2,260円	3,390円
	55~59才	2,380円	4,750円	7,120円
	60~64才	4,750円	9,490円	14,240円
	65~69才	8,140円	16,270円	24,400円
	月払保険料			
	基本補償	T1	T2	T3
70~74才	1,590円	3,170円	4,760円	
75~79才	3,330円	6,650円	9,980円	
80~84才(継続のみ)	6,690円	13,380円	20,070円	
85~89才(継続のみ)	12,490円	24,980円	37,470円	

介護一時保険金額の10%以下のプランを + 組み合わせでお申し込みいただけます

## (オプション) 軽度認知障害等一時金特約

認知症になる前の段階  
軽度認知障害診断確定で **最高30万円**  
(※K3コースの場合)

商品内容 軽度認知障害(MCI)または認知症と診断確定されたとき、被保険者に一時金をお支払いします。

保険金額 10万円、20万円、30万円の3タイプ(一時金)

保険期間1年、団体割引5%

	年払(一括払)保険料			
	オプション	M1	M2	M3
	軽度認知障害等一時金	10万円	20万円	30万円
被保険者(介護対象者本人)満年齢	15~19才	2,110円	4,220円	6,330円
	20~24才	2,110円	4,220円	6,330円
	25~29才	2,110円	4,220円	6,330円
	30~34才	2,110円	4,220円	6,330円
	35~39才	2,110円	4,220円	6,330円
	40~44才	2,110円	4,220円	6,330円
	45~49才	2,110円	4,220円	6,330円
	50~54才	2,110円	4,220円	6,330円
	55~59才	2,890円	5,780円	8,670円
	60~64才	3,730円	7,450円	11,180円
	65~69才	5,530円	11,060円	16,590円
	月払保険料			
	オプション	M1	M2	M3
70~74才	930円	1,850円	2,770円	
75~79才	1,580円	3,150円	4,720円	
80~84才(継続のみ)	2,470円	4,940円	7,410円	
85~89才(継続のみ)	3,530円	7,060円	10,590円	

39才までであれば、年間保険料100円!  
(K1プランの場合)

介護一時金のみの補償に特化しているため、  
保険料は割安にご提供!!

保険料が割高な  
死亡保障やケガの補償はありません!

# 栃木県市町村職員共済組合 組合員さま専用 介護・認知症サポートプラン ポイント5点

- ① 合理的な保険設計で割安なプランをご提供
- ② 新規加入年齢79歳、継続は89歳まで加入可能
- ③ ご家族も補償対象とすることが可能
- ④ 要介護2相当以上で「介護一時金」をお支払い
- ⑤ 軽度認知障害の補償で、認知症予防への効果

保険期間1年、団体割引5%

被保険者(介護対象者本人)満年齢	年払(一括払)保険料			
	基本補償	K1	K2	K3
	介護一時保険金	100万円	200万円	300万円
15~19才	100円	190円	290円	
20~24才	100円	190円	290円	
25~29才	100円	190円	290円	
30~34才	100円	190円	290円	
35~39才	100円	190円	290円	
40~44才	230円	460円	680円	
45~49才	570円	1,140円	1,700円	
50~54才	1,130円	2,260円	3,390円	
55~59才	2,380円	4,750円	7,120円	
60~64才	4,750円	9,490円	14,240円	
65~69才	8,140円	16,270円	24,400円	
被保険者(介護対象者本人)満年齢	月払保険料			
	基本補償	T1	T2	T3
	70~74才	1,590円	3,170円	4,760円
	75~79才	3,330円	6,650円	9,980円
	80~84才(継続のみ)	6,690円	13,380円	20,070円
	85~89才(継続のみ)	12,490円	24,980円	37,470円

%以下のプランを + 組み合わせでお申し込みいただけます

保険期間1年、団体割引5%

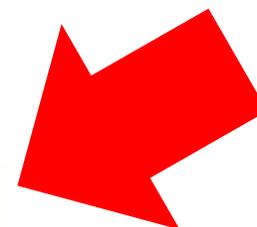
被保険者(介護対象者本人)満年齢	年払(一括払)保険料			
	オプション	M1	M2	M3
	軽度認知障害等一時金	10万円	20万円	30万円
15~19才	2,110円	4,220円	6,330円	
20~24才	2,110円	4,220円	6,330円	
25~29才	2,110円	4,220円	6,330円	
30~34才	2,110円	4,220円	6,330円	
35~39才	2,110円	4,220円	6,330円	
40~44才	2,110円	4,220円	6,330円	
45~49才	2,110円	4,220円	6,330円	
50~54才	2,110円	4,220円	6,330円	
55~59才	2,890円	5,780円	8,670円	
60~64才	3,730円	7,450円	11,180円	
65~69才	5,530円	11,060円	16,590円	
被保険者(介護対象者本人)満年齢	月払保険料			
	オプション	M1	M2	M3
	70~74才	930円	1,850円	2,770円
	75~79才	1,580円	3,150円	4,720円
	80~84才(継続のみ)	2,470円	4,940円	7,410円
85~89才(継続のみ)	3,530円	7,060円	10,590円	

新規加入

年齢79才まで！！

継続は89才まで

加入可能！！



# 栃木県市町村職員共済組合 組合員さま専用 介護・認知症サポートプラン ポイント5点

- ① 合理的な保険設計で割安なプランをご提供
- ② 新規加入年齢79歳、継続は89歳まで加入可能
- ③ ご家族も補償対象とすることが可能
- ④ 要介護2相当以上で「介護一時金」をお支払い
- ⑤ 軽度認知障害の補償で、認知症予防への効果

# 補償内容と保険料

- ・組合員が加入者となり、任意で加入する1年更新型の「団体契約」です。
- ・ご家族の方のみを補償対象とすることができます。組合員は加入者となりますが、補償対象とするかは問いません。
- ・ご加入にあたっては被保険者の健康状態に関する告知書をご提出いただきます。医師による診査は必要ありません。

保険期間 2024年1月1日午後4時から2025年1月1日までの1年間

被保険者 組合員本人もしくは組合員の配偶者、子供、両親、兄弟姉妹および同居している親族

保険金受取人 被保険者

お支払方法 保険料は組合員本人のクレジットカードから引き落としとなります。

請求月 2024年2月（クレジットカードの種類により引き落とし月日が変わります）

申込方法 専用サイト「団体契約WEB 手続きサイト」より申込みいただきます。（紙面によるお申込みはできません）

申込期間 **2023年9月1日～2023年11月30日**（申込期間以降、中途募集はありません）

被保険者（補償対象者）は、

『組合員本人もしくは組合員の配偶者、子供、両親、

兄弟および同居の親族』となります。

# 栃木県市町村職員共済組合 組合員さま専用 介護・認知症サポートプラン ポイント5点

- ① 合理的な保険設計で割安なプランをご提供
- ② 新規加入年齢79歳、継続は89歳まで加入可能
- ③ ご家族も補償対象とすることが可能
- ④ 要介護2相当以上で「介護一時金」をお支払い
- ⑤ 軽度認知障害の補償で、認知症予防への効果

## (基本補償) 介護一時金支払特約

認知症またはそれ以外の要因でも  
要介護2相当以上で **最高300万円**

(※K3コースの場合)

**商品内容** 公的介護保険制度の要介護2から5の認定を受けたとき、または損保ジャパンが定める所定の要介護状態(注)が90日を超えて継続したとき、被保険者に一時金をお支払いします。  
(注)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。

**保険金額** 100万円、200万円、300万円の3タイプ(一時金)

『要介護2相当以上』とは、

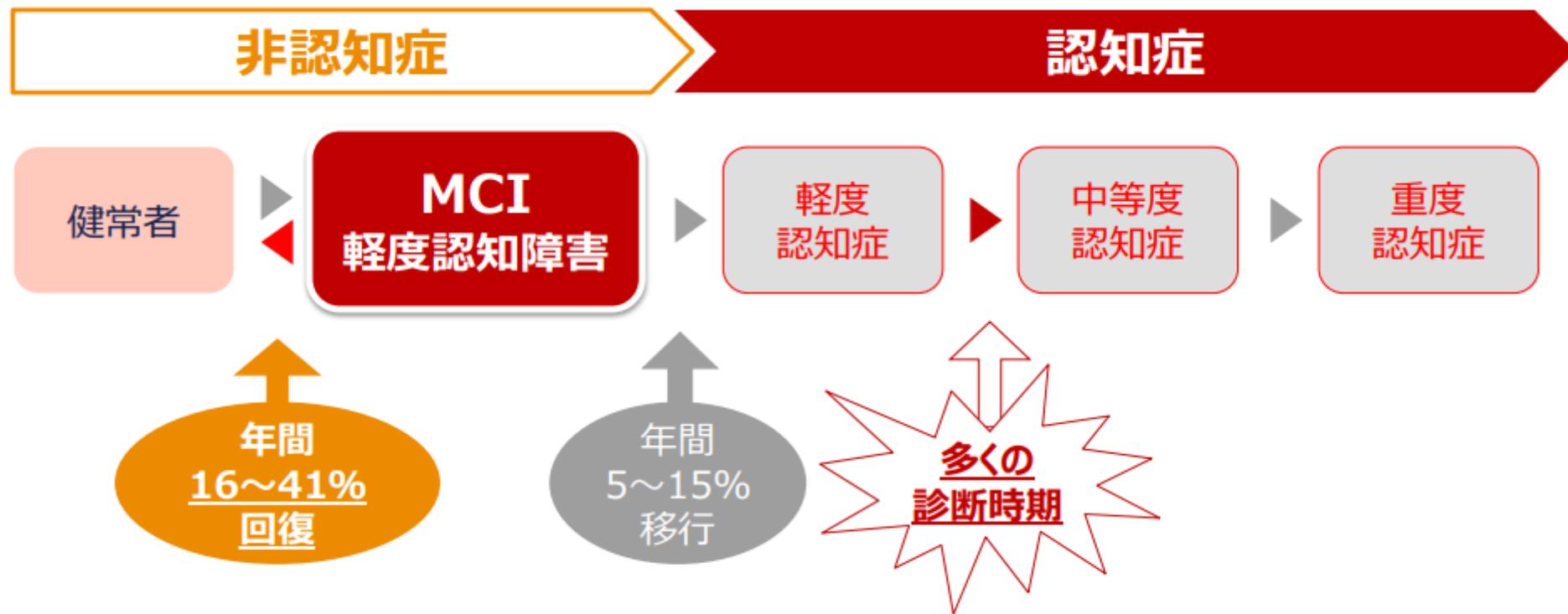
排泄や入浴で一部、もしくは全般的に介助が必要な状態

# 栃木県市町村職員共済組合 組合員さま専用 介護・認知症サポートプラン ポイント5点

- ① 合理的な保険設計で割安なプランをご提供
- ② 新規加入年齢79歳、継続は89歳まで加入可能
- ③ ご家族も補償対象とすることが可能
- ④ 要介護2相当以上で「介護一時金」をお支払い
- ⑤ 軽度認知障害の補償で、認知症予防への効果

# 軽度認知障害（MCI）による気づきで認知症予防

## 認知症に至るステップ



MCI を給付金対象とすることで、

保険が、お客様から声をあげていただくトリガー機能

# 最後に・・・WEB申し込み方法について

専用サイトへの接続方法は  
配布済みのチラシを  
ご確認ください



## 専用サイト「団体契約WEB手続きサイト」への接続方法

面倒な申込書類のやり取りも不要なのでスピーディーでカンタンです。

### スマートフォンで お手続き

下記QRコードを読み  
取って、専用サイト「団  
体契約WEB手続きサ  
イト」にアクセス。



※画像はイメージです。  
実際のサイトとは多少異なる場合が  
ございます。

### パソコンでお手続き

栃木県市町村職員共済組合  に掲載の、  
「介護・認知症サポートプラン申込み」をクリックし「団体契約WEB手続きサイト」にアクセス。

### ログイン方法

下記を参考に各枠を入力して  
「ログイン」ボタンをクリックしてください。

例) 所属所記号番号 123-456  
生年月日 1979年1月23日

**A** 所属所記号 : 123

**B** 番号 : 456

**C** 初期パスワード : 生年月日(西暦8桁) → 19790123

中途加入は  
できませんので、  
申込期間内に  
お申込みください!



# 最後に・・・WEB申し込み方法について

## ①ログイン

②加入者（組合員）情報

③被保険者情報、プラン選択

（複数人付保する場合は被保険者追加）

④健康告知

⑤加入内容、重要事項の確認

⑥クレジットカード登録



完了！

例) 所属所記号番号 123-456  
生年月日 1979年1月23日

**A** 所属所記号 : 123

**B** 番号 : 456

**C** 初期パスワード : 生年月日(西暦8桁) → 19790123

## ログイン

—

団体契約WEB手続きサイトへログインします。番号・パスワードを入力してください。

（注意）入力できる文字は半角英字と数字のみです。

【ログインについて】

所属所記号を選択してください

ログインID：番号を入力してください

パスワード：生年月日を8桁で入力してください

（例：1979年1月23日生まれ → 19790123

システムメンテナンスに伴うサービス停止時期のお知らせ

所属所記号

201



ログインID（番号）

パスワード

# 最後に・・・WEB申し込み方法について

①ログイン

## ②加入者（組合員）情報

③被保険者情報、プラン選択

（複数人付保する場合は被保険者追加）

④健康告知

⑤加入内容、重要事項の確認

⑥クレジットカード登録

↓

完了！

ご加入者名（姓）

損保

ご加入者名（名）

太郎

ご加入者名（セイ） 必須

ソノ

ご加入者名（メイ） 必須

タケ

生年月日 必須

1979

年

1

月

23

日

性別 必須

男性

郵便番号 必須

320

0811

住所検索

下の候補から住所を選択すると「ご住所」にセットされます。

栃木県 宇都宮市 大通り

ご住所（全角） 必須

栃木県宇都宮市

大通り

# 最後に・・・WEB申し込み方法について

被保険者1: -  
一回分保険料: -

+もうひとり追加する

①ログイン

②加入者（組合

**③被保険者情報、プラン選択**

**（複数人付保する場合は被保険者追加）**

④健康告知

⑤加入内容、重要事項の確認

⑥クレジットカード登録

↓

完了！

被保険者情報を削除

ご加入者と被保険者は同じですか

氏名（姓）

氏名（名）

氏名（セイ）

必須

氏名（メイ）

必須

生年月日

必須

年 月 日

続柄

必須

 (選択してください)

性別

必須

 (選択してください)

職業職種名（加）

告知事項

(例)シブシブ

被保険者情報を入力したら、「要保険料計算」ボタンを押してください。

要保険料計算

# 最後に・・・WEB申し込み方法について

被保険者1: -  
一回分保険料: -

+もうひとり追加する

①ログイン

②加入者（組合

**③被保険者情報、プラン選択**

**（複数人付保する場合は被保険者追加）**

④健康告知

⑤加入内容、重要事項の確認

⑥クレジットカード登録

↓

完了！

被保険者情報を削除

ご加入者と被保険者は同じですか

氏名（姓）

氏名（名）

氏名（セイ） **必須**

氏名（メイ） **必須**

生年月日 **必須**

年 月 日

続柄 **必須**

性別 **必須**

職業職種名（か） **告知事項** (例)ｼﾞｬﾝﾈｲﾀﾞ

被保険者情報を入力したら、「要保険料計算」ボタンを押してください。

要保険料計算



# 最後に・・・WEB申し込み方法について

保険料計算

①ログイン

②加入者（組合

## ③被保険者情報、プラン選択

（複数人付保する場合は被保険者追加）

④健康告知

⑤加入内容、重要事項の確認

⑥クレジットカード登録

↓

完了！

左右にスクロールしプランをご選択ください。69歳まではKから始まるプラン（年払保険料）、70歳以上はTから始まるプラン（月払保険料）からご選択いただけます。

	K1	K2	K3
	1回分 230円	1回分 460円	1回分 680円
	保険料表 / 詳細	保険料表 / 詳細	保険料表 / 詳細
介護一時金 ?	100万円	200万円	300万円
軽度認知障害等一時金 ?	--	--	--
口数 必須 ?	1	1	1
	選択する	選択する	選択する

スクロールしてプランを選択



# 最後に・・・WEB申し込み方法について

①ログイン

②加入者（組合

**③被保険者情報、プラン選択**

**（複数人付保する場合は被保険者追加）**

④健康告知

⑤加入内容、重要事項の確認

⑥クレジットカード登録



完了！

被保険者1: -  
一回分保険料: -

+もうひとり追加する

被保険者情報を削除

ご加入者と被保険者は同じですか

氏名（姓）

氏名（名）

氏名（セイ）

必須

氏名（メイ）

必須

生年月日

必須

年 月 日

続柄

必須

性別

必須

職業職種名（加）

告知事項

(例)ｼﾞﾓｸﾞ

被保険者情報を入力したら、「要保険料計算」ボタンを押してください。

要保険料計算

# 最後に・・・WEB申し込み方法について

①ログイン

②加入者（組合）

**③被保険者情報、プラン選択**

**（複数人付保する場合は被保険者追加）**

④健康告知

⑤加入内容、重要事項の確認

⑥クレジットカード登録



完了！

被保険者1: -  
一回分保険料: -

被保険者2: -  
一回分保険料: -

+もうひとり追加する

被保険者情報を削除

ご加入者と被保険者は同じですか

氏名（姓）

氏名（名）

氏名（セイ） **必須**

氏名（メイ） **必須**

生年月日 **必須**

年 月 日

続柄 **必須**

性別 **必須**

職業職種名（カ） **告知事項** (例)ｼﾞﾝﾙﾞｼﾞ

被保険者情報を入力したら、「要保険料計算」ボタンを押してください

要保険料計算

# 最後に・・・WEB申し込み方法について

★告知の入力

①ログイン

②加入者（組合

③被保険者情報、プラン選択

（複数人付保する場合は被保険者追加）

**④健康告知**

⑤加入内容、重要事項の確認

⑥クレジットカード登録



完了！

IQ

病気・症状一覧表4

- **今までに**、公的介護保険制度の要介護・要支援の認定を受けたこと、または認定の申請をした（※1）ことがありますか。

（※1）「申請予定」や「申請をした結果、認定を受けられなかった場合」を含みます。

- 次のいずれかの項目に該当していますか。

① **告知日（ご入力日）現在**、次のいずれかの行為の際に、頻度を問わず、他人の介助や補助用具（杖などを含みます。）の使用（※2）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する際の外出・店での買い物】

（※2）ご本人による使用を含みます。

② **今までに**、医師より「認知症（軽度認知障害を含みます。）」と診断されたことがありますか。

（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。

- **告知日（ご入力日）現在**、次のいずれかに該当しますか。

①入院中・療養のため就床中（※3）

②入院の予定（※4）がある

（※3）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。

（※4）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。

- **告知日（ご入力日）から過去2年以内に**、「病気・症状一覧表4」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4」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。

ご確認、ご入力いただく事項

被保険者氏名 リンパ 如



はい

いいえ

# 最後に・・・WEB申し込み方法について

①ログイン

②加入者（組合

③被保険者情報、プラン選択

（複数人付保する場合は被保険者追加）

④健康告知

**⑤加入内容、重要事項の確認**

**⑥クレジットカード登録**



完了！

### 必要事項の確認

以下の2つの項目についてご確認ください、内容がよろしければそれぞれにチェックを入力してください。  
チェックを入力したうえで、【申込】ボタンを押して申込手続きを完了してください。

上記加入内容を確認しました

重要事項を確認しました

↓ 一時保存      **申込**

ご視聴いただき、ありがとうございました

