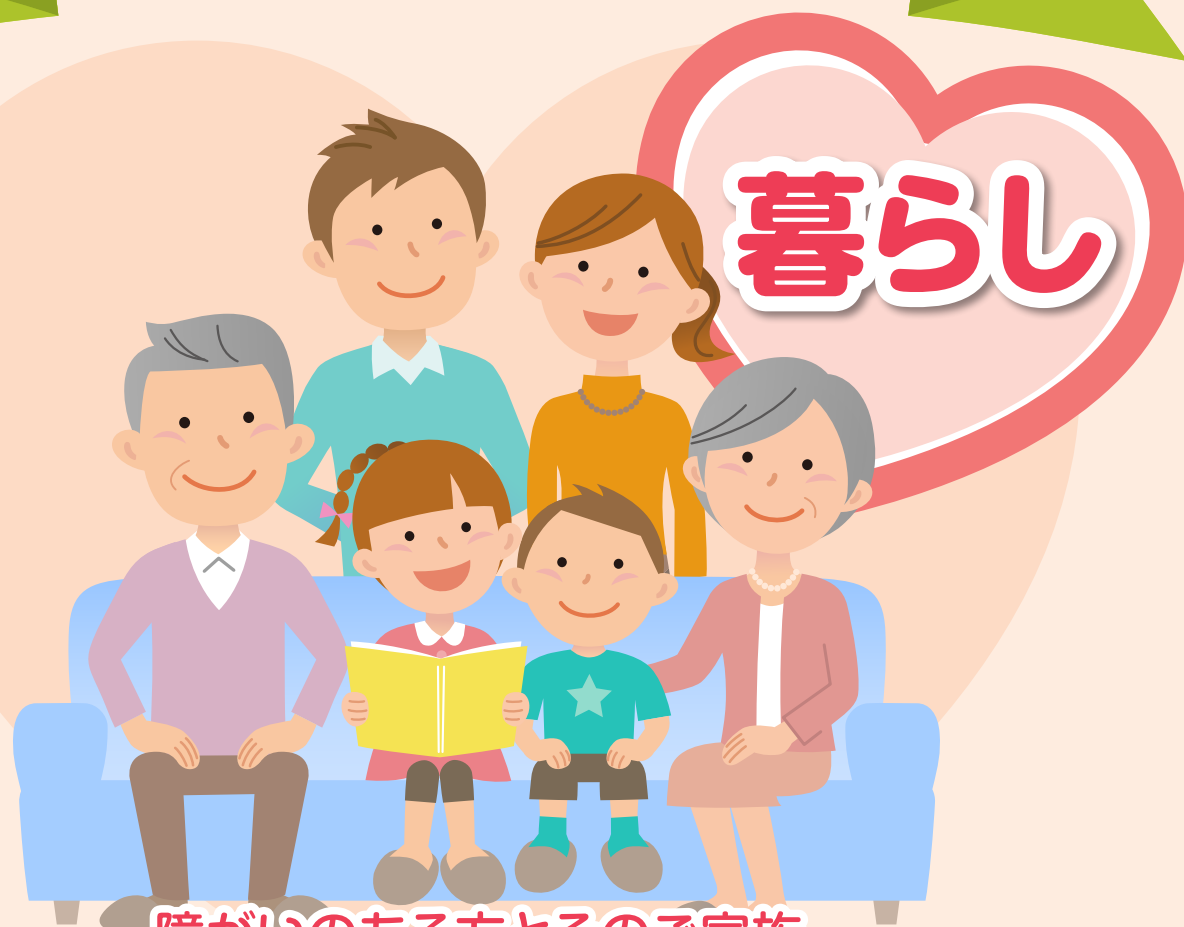


一般社団法人全国手をつなぐ育成会連合会 会員の皆さまへ
手をつなぐおたすけプランは全国各地にある各区市町村等の育成会の会員と
そのご家族のみがご加入できます。詳細は6ページをご確認ください。
当制度は一般社団法人全国手をつなぐ育成会連合会の本体事業です。

親あるときの万が一に備える

手をつなぐおたすけプラン



障がいのある方とそのご家族、
ご本人を支える支援者をお守りする所得補償保険です
(団体長期障害所得補償保険)

保険期間	令和6年10月1日午後4時 から 令和7年10月1日午後4時まで1年間
加入締切	令和6年8月30日(金)までにお申し込みください。 ※保険期間中の中途加入も毎月受付します(毎月10日締切)。
中途加入の補償期間	加入手続きの翌月の1日 から 令和7年10月1日午後4時まで
加入方法	●「重要事項等説明書」を必ずご確認ください。 ●専用の加入依頼書兼告知書にてお申し込みください。
保険料払込方法	口座振替・月払

引受保険会社

キャピタル損害保険株式会社(幹事)
損害保険ジャパン株式会社(非幹事)



おたすけプラン暮らし ご加入のお誘い

会員の皆さまには、平素より当法人の活動にご理解とご協力をいただき誠にありがとうございます。

近年、障害福祉は大きく改革され、さまざまなサービスが利用できるようになりました。しかし、障害のある本人の生活のベースは家庭であり、家族が中心になって支えています。いろいろな障害がある人も、この世に生を受けてよかったと思える人生を送り、生き甲斐のある豊かな生活を送ることが出来るように、可能な限りの手立てと支援をしていくのが私たち育成会の使命だと思います。

現在、共生社会を目指す日本においては、今後も新たな社会の仕組みや制度、法律が作られ、改正されることが予想され、育成会はこれからも大きな役割を担っていくことが望まれています。

一方で、育成会では、親なき後の本人の暮らしが大きな課題となっていますが、障害のある本人の生活を支える親等がいる場合でもケガや病気などで働けなくなり、障害のある本人の生活もそれまでのようには出来なくなって苦しんでおられるご家庭もあります。

育成会連合会としては、社会への働きかけはもちろんのこと、障害のある本人の生活を支える家族や支援者を守るために、ケガや病気で長期に働けなくなった時の暮らしを助ける育成会の団体保険【おたすけプラン暮らし】をおすすめいたします。

「団体長期障害所得補償」のほか、万が一被保険者が亡くなった時の「葬儀費用」や遺産分割などの協議にかかる「法律相談費用」の支援も加えた仕組みとしています。

育成会の会員と本人のための支え合いの活動として、育成会の団体保険【おたすけプラン暮らし】にご加入いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和6年7月 一般社団法人全国手をつなぐ育成会連合会

会長 佐々木 桃子

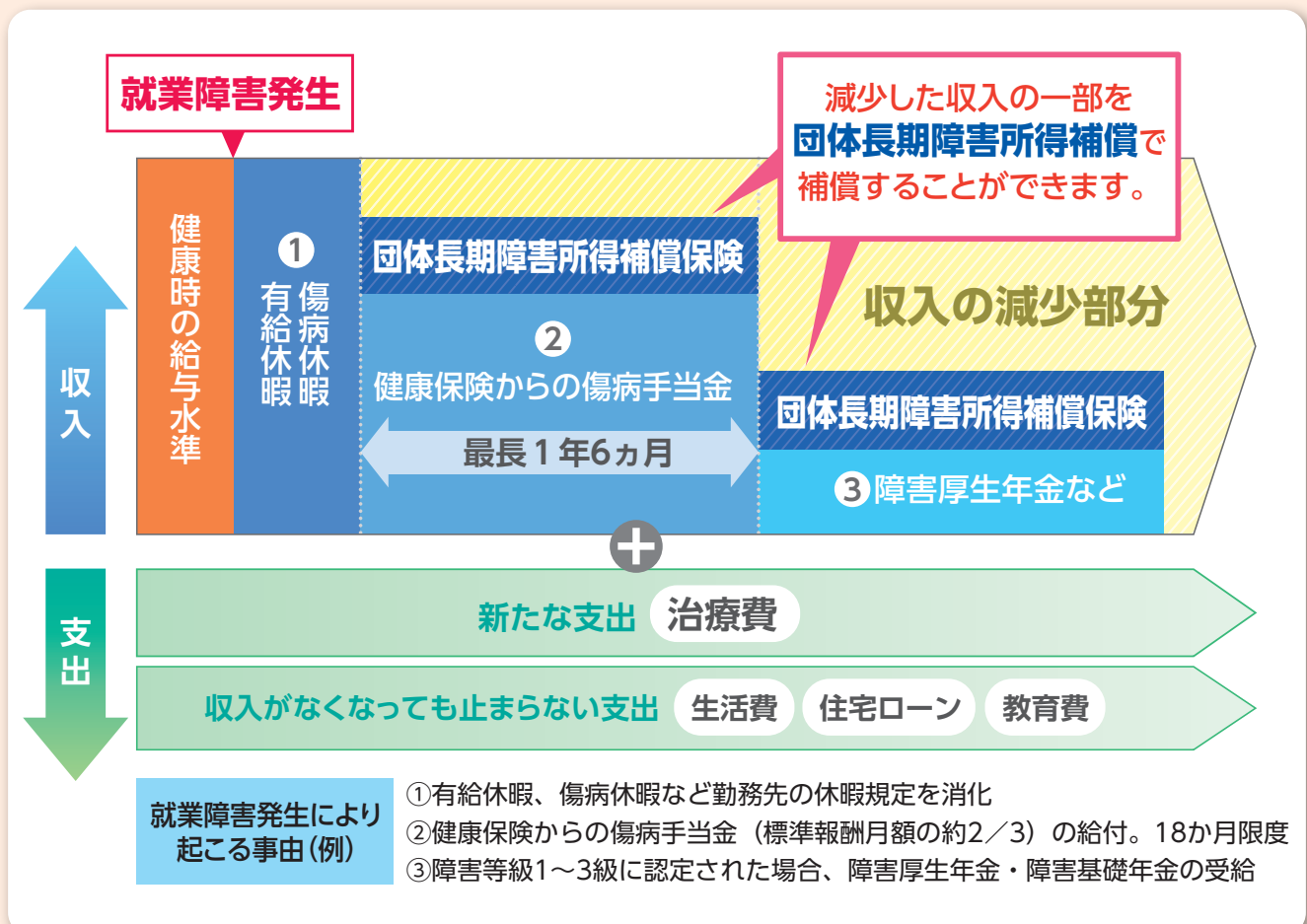
補償1

団体長期障害所得補償保険

被保険者(障害のある方のご家族、ご本人を支える支援者、一定の所得のある障害のある方)が病気やケガで働けなくなった時※、収入をサポートします。

※「就業障害」といいます。

就業障害期間が長びくと、暮らしへの負担が増していきます。公的保険やお勤め先の福利厚生制度だけでは、長期休業時の補償は、十分とは限りません。さらに、一般的な生命保険や医療保険では、長期休業時の補償はありません。



保険の特長

1 病気やケガによる就業障害をカバー

業務中、業務外を問わず、病気・ケガによる就業障害時の喪失所得の一部を補償します。

2 長期にわたる補償

就業障害発生時から65歳まで(A～Cプランの場合)の長期間で補償されます。

3 メンタル疾患も補償対象

気分障害(そう病・うつ病など)、不安障害、統合失調症など一部の精神障害による就業障害が補償対象となります。
(ただし保険金の支払いは最長で2年間となります。)

POINT

4 一部復職※の場合も補償

一部復職した場合でも、就業に支障があり就業障害発生直前と比べて20%超の所得喪失がある場合には保険金を支払います。

例 営業職の場合

支払対象外期間中(90日間)はいかなる業務にも全く従事できない状態となりますが、対象期間が開始するとそれ以降は、営業職から離れて内勤業務(軽作業等)に変わり所得が一定額以上削減になった場合なども、支払対象となります。

※一部復職とは、業務に復帰できたものの依然として就業障害が残り、就業障害直前に従事していた業務に完全には従事できない状態をいいます。

5 加入に際して、医師の審査は不要

健康状態を告知することで加入できます。

※健康状態によっては、加入できない場合や引受条件を制限しての加入となることがあります。

※精神の障害(発達障害、知的障害を含む)、その他告知書に記載の病気により、過去2年以内に医師の治療・投薬を受けたことがある方はご加入いただけませんのでご注意ください。

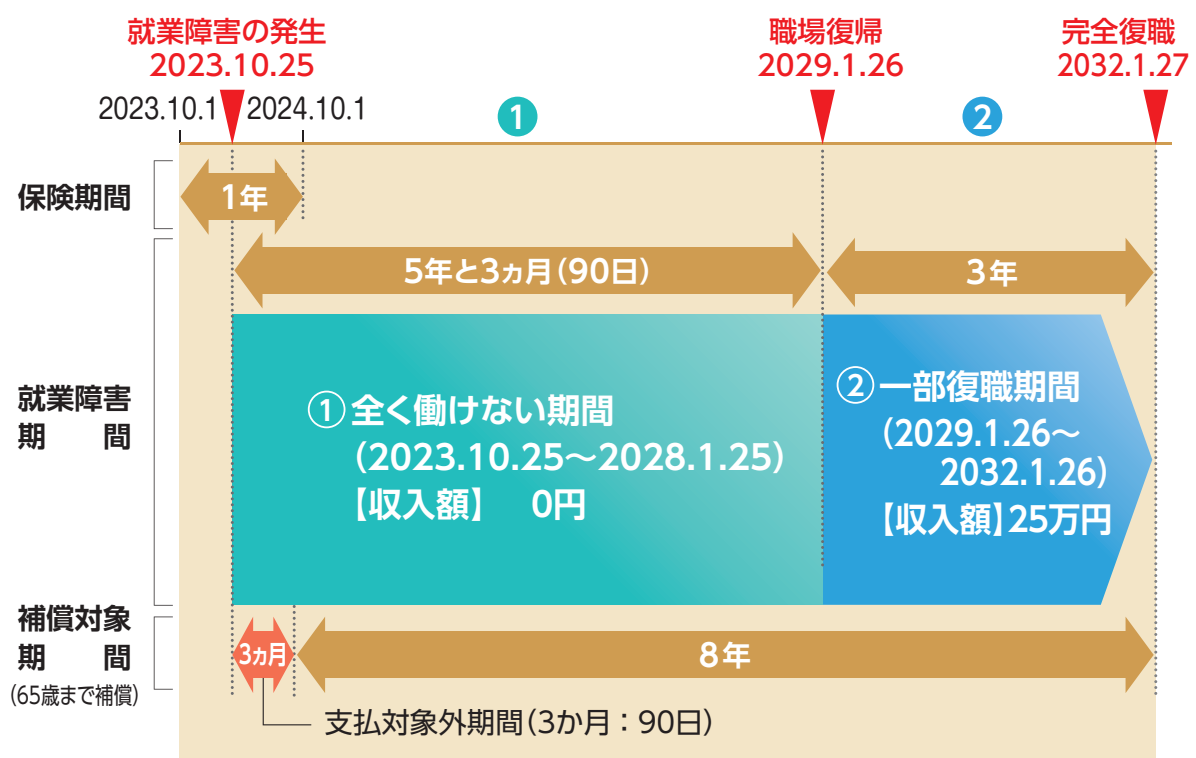
保険金受取事例

40歳の方(ご契約時の収入50万円／月)が、次の内容でご加入いただいた場合の保険金お受取り例は、以下のとおりです。

ご加入例

保険金額30万円※、支払対象外期間90日、対象期間65歳まで
※給与収入の60%がご加入保険金額の目安となります。

お受取例



①の期間に対して

$[30\text{万円} \times \{(50\text{万円} - 0\text{円}) \div 50\text{万円}\}] \times 12\text{か月} \times 5\text{年} = 1,800\text{万円}$

②の期間に対して

$[30\text{万円} \times \{(50\text{万円} - 25\text{万円}) \div 50\text{万円}\}] \times 12\text{か月} \times 3\text{年} = 540\text{万円}$

合計のお受取り額は

1,800万円 + 540万円 = 2,340万円

※お支払いの対象とならない傷病があります。詳しくは重要事項等説明書をご参照ください。

補償2

葬祭費用等補償特約

被保険者(障害のある方のご家族、ご本人を支える支援者、一定の所得のある障害のある方)がお亡くなりになった時、残されたご家族を守るため葬祭費用や、成年(未成年)後見人制度を利用するための各種手続費用等を補償します。



通算
300万円
限度

被保険者がお亡くなりになった際の以下の費用^{*}をお支払いします。

^{*} 1年以内にご家族が負担する費用。

1 ご家族が負担する葬祭費用

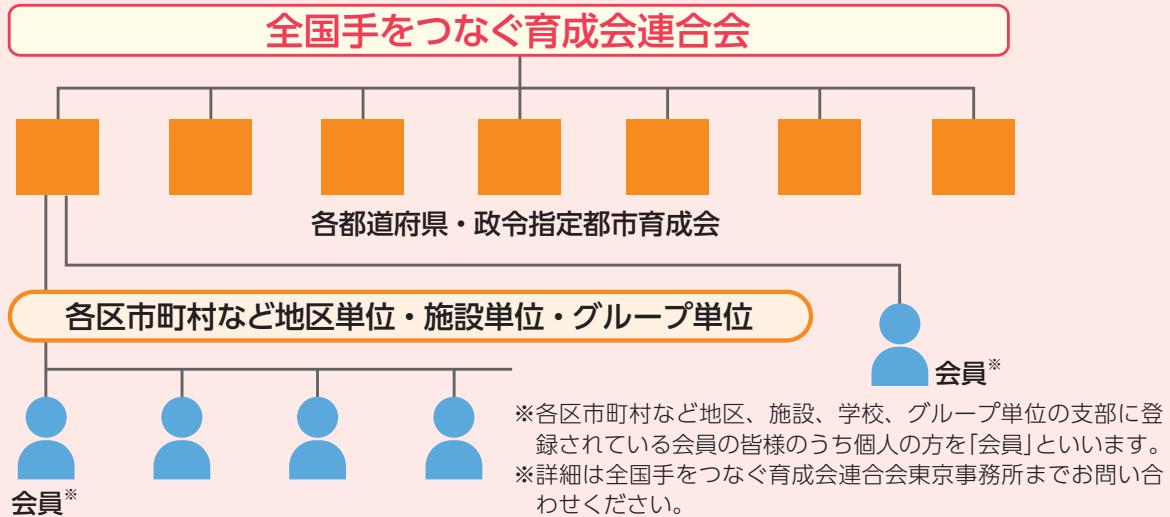
2 ご家族が成年(未成年)後見制度を利用する際に負担する各種手続費用

3 法定相続人が遺産分割の協議に関して負担する法律相談費用

会員の定義

本保険は各都道府県・政令指定都市育成会にある各区市町村等の育成会の構成員(全国手をつなぐ育成会連合会の正会員、およびそのご家族のうち障がい者の主たる生計を支える方)の皆様がご加入できます。

「会員」とは



会員の定義

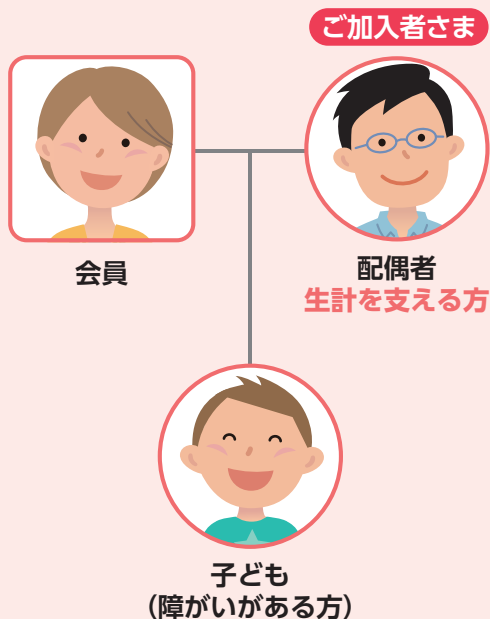
保険の対象となる方の例※

障がいのある方の主たる生計を支える方が会員(構成員)としての対象となります。

その他、ご加入の可否については、全国手をつなぐ育成会連合会東京事務所までお問い合わせください。

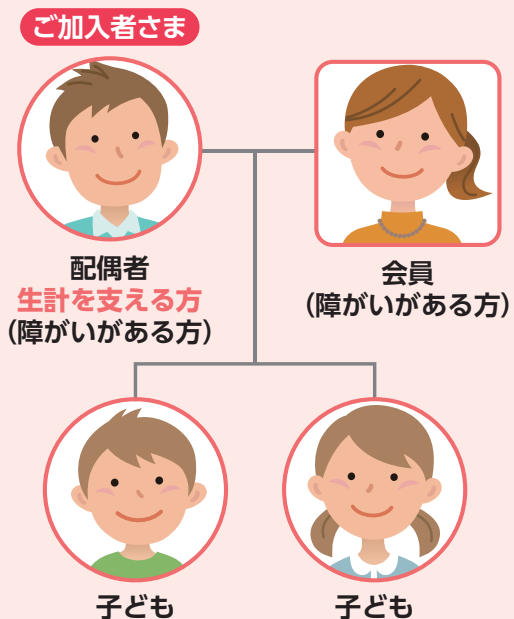
例1

障がいがある方の親御さまが生計を支えている場合



例2

障がいがある方ご本人が生計を支えている場合



※ 満15歳以上満69歳以下の勤務所得がある方に限ります。

○障害のある方ご本人が加入を希望する場合は必ず全国手をつなぐ育成会連合会東京事務所へお問い合わせください。

月払保険料例

■支払対象期間：最長満65歳まで

- 支払対象外期間：90日間 ○特約：精神障害補償(2年間)、天災危険補償、葬祭費用等補償
○団体割引10%適用

年齢区分	Aプラン		Bプラン		Cプラン	
	所得補償保険金額(月額) 10万円 葬祭費用等保険金額 300万円		所得補償保険金額(月額) 20万円 葬祭費用等保険金額 300万円		所得補償保険金額(月額) 30万円 葬祭費用等保険金額 300万円	
	月払保険料		月払保険料		月払保険料	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
15～24歳	1,018円	613円	1,788円	1,123円	2,558円	1,633円
25～29歳	1,092円	777円	1,922円	1,427円	2,752円	2,077円
30～34歳	1,366円	1,100円	2,416円	2,030円	3,466円	2,960円
35～39歳	1,796円	1,618円	3,176円	2,998円	4,556円	4,378円
40～44歳	2,553円	2,531円	4,483円	4,681円	6,413円	6,831円
45～49歳	3,695円	3,664円	6,375円	6,734円	9,055円	9,804円
50～54歳	5,154円	4,749円	8,654円	8,599円	12,154円	12,449円
55～59歳	6,771円	5,411円	10,911円	9,551円	15,051円	13,691円
60～64歳	8,202円	5,401円	12,102円	8,951円	16,002円	12,501円

■支払対象期間：10年間

- 支払対象外期間：90日間 ○特約：精神障害補償(2年間)、天災危険補償、葬祭費用等補償
○団体割引10%適用

年齢区分	Dプラン		Eプラン		Fプラン	
	所得補償保険金額(月額) 10万円 葬祭費用等保険金額 300万円		所得補償保険金額(月額) 20万円 葬祭費用等保険金額 300万円		所得補償保険金額(月額) 30万円 葬祭費用等保険金額 300万円	
	月払保険料		月払保険料		月払保険料	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
15～24歳	758円	413円	1,268円	723円	1,778円	1,033円
25～29歳	812円	517円	1,362円	907円	1,912円	1,297円
30～34歳	1,086円	790円	1,856円	1,410円	2,626円	2,030円
35～39歳	1,456円	1,168円	2,496円	2,098円	3,536円	3,028円
40～44歳	2,103円	1,881円	3,583円	3,381円	5,063円	4,881円
45～49歳	3,175円	2,914円	5,335円	5,234円	7,495円	7,554円
50～54歳	4,884円	4,389円	8,114円	7,879円	11,344円	11,369円
55～59歳	7,881円	6,651円	13,131円	12,031円	18,381円	17,411円
60～64歳	13,502円	10,521円	22,702円	19,191円	31,902円	27,861円

月払保険料例

■支払対象期間：最長満70歳まで

- 支払対象外期間：90日間 ○特約：精神障害補償(2年間)、天災危険補償、葬祭費用等補償
○団体割引10%適用

年齢区分	Gプラン		Hプラン		Iプラン	
	所得補償保険金額(月額) 10万円 葬祭費用等保険金額 300万円		所得補償保険金額(月額) 20万円 葬祭費用等保険金額 300万円		所得補償保険金額(月額) 30万円 葬祭費用等保険金額 300万円	
	月払保険料		月払保険料		月払保険料	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
65～69歳	12,688円	7,680円	18,278円	12,440円	23,868円	17,200円

※全プラン保険料について：同じ時期に募集する「手をつなぐおたすけプラン(がん・日ごろ)(引受保険会社 損害保険ジャパン)」を含めたおたすけプランシリーズの加入人数が所定の人数に達しなかった場合、団体割引が変更(保険料が引き上げ)となる場合があります。

加入依頼書兼告知書・健康状態告知書 記入例

加入依頼書兼告知書 記入例

申込日・申込人(保険料負担者)の氏名・住所・電話番号をご記入のうえ申込人の印鑑をご捺印ください。

申込日	2024 年 × 月 × 日	
氏名	損保 太郎 様	
住所	〒123-4537 東京都千代田区九段北1-×-× TEL: 03-5276-××××	

被保険者	氏名	ソノボ タロウ 様 損保 太郎 様	申込人との続柄	本人
	生年月日・性別	※必ずご記入ください (西暦) 1975 年 × 月 × 日 男 (M) ・女 (F)		
	住所	〒 TEL:		

申込人と被保険者が同じ場合、被保険者欄の住所、郵便番号、電話番号は省略できますが、被保険者氏名・申込人との続柄、性別、生年月日は記入必須項目です。

現在ご加入いただいております。

加入プランの□にチェックのうえ、()にご希望のプラン名と保険金月額・保険料を記入ください。

<input type="checkbox"/> 加入プラン () プラン	保険金月額	円
	保険料	円
<input type="checkbox"/> 加入しません	ご提出は不要です	

預金口座振替依頼書		一預金口座振替規定一	
(重要)この依頼書ではゆうちょ銀行のご指定はできません。		1. 振替口座(銀行)と振替口座(ゆうちょ銀行)の両方に振替を依頼された場合は、振替口座(ゆうちょ銀行)の振替口座にのみ振替が行われます。	
収納企業名(口座振替依頼書不備通知) 三菱UFJファクター株式会社(ワイドネット) 〒101-8637 東京都千代田区神田路2-101ワテラスタワー TEL: 0120-921-411		2. 振替口座(ゆうちょ銀行)にのみ振替を依頼された場合は、振替口座(ゆうちょ銀行)の振替口座にのみ振替が行われます。	
指定振替口座	支店名	3. 振替口座(ゆうちょ銀行)にのみ振替を依頼された場合は、振替口座(ゆうちょ銀行)の振替口座にのみ振替が行われます。	
①普通(組合)	②当座	4. 振替口座(ゆうちょ銀行)にのみ振替を依頼された場合は、振替口座(ゆうちょ銀行)の振替口座にのみ振替が行われます。	
支店コード	振替口座(ゆうちょ銀行)	5. 振替口座(ゆうちょ銀行)にのみ振替を依頼された場合は、振替口座(ゆうちょ銀行)の振替口座にのみ振替が行われます。	

預金口座振替依頼書は必ず申込人(保険料負担者)と同一名義の口座をご指定ください。

健康状態告知書 記入例

健康状態告知書(裏面)につきましては、必ず被保険者様ご本人様が、ご記入ください。

【健康状態】の質問事項(I・II)に「あり(はい)」、または「なし(いいえ)」に○をしてご回答ください。

健康状態告知書					
健康状態★ この保険にお入りいただけるのは、現在健康で正常に勤務している方です。次の質問に正しくご回答ください。 回答は「なし」または「あり」のいずれかに○をつけてください。ご回答がすべて「なし」であればお引受けいたします。					
第1★ 告知日(申込日)現在、医師から入院または手術をすすめられていますか?	あり(はい) <input type="radio"/> 1つ以上あり <input type="radio"/> なし(いいえ) <input type="radio"/>				
第2★ 告知日(申込日)現在より過去2年以内に (1)傷病一覧(表1)または「精神の病気(表2)」と医師に診断されたことがありますか。 (2)「傷病一覧(表1)または「精神の病気(表2)」のため、検査(※)や治療(治療の指示を含みます)を受けるように指導されたことがありますか。 (※)検査結果が異常を呈した場合は「なし」となります。ただし、検査の結果が利用していない場合や経過観察中の場合は「あり」となります。	あり(はい) <input type="radio"/> 1つ以上あり <input type="radio"/> なし(いいえ) <input type="radio"/>				
<table border="1"> <tr> <td>傷病一覧</td> <td>全身性エリテマトーデス、多発性関節炎および皮膚病、パーキンソン病、多発性硬化症、関節リウマチ、糖尿病、パーキンソン病、メニエール病</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>自覚神経失調症、統合失調症、うつ病、双極性障害(躁うつ病)、不安障害、パニック障害、身体表現性障害、摂食障害、過食症、心身症、心因性胃腸障害、強迫性障害、知的障害、アルコール依存症、薬物依存など</td> </tr> </table>		傷病一覧	全身性エリテマトーデス、多発性関節炎および皮膚病、パーキンソン病、多発性硬化症、関節リウマチ、糖尿病、パーキンソン病、メニエール病	精神の病気	自覚神経失調症、統合失調症、うつ病、双極性障害(躁うつ病)、不安障害、パニック障害、身体表現性障害、摂食障害、過食症、心身症、心因性胃腸障害、強迫性障害、知的障害、アルコール依存症、薬物依存など
傷病一覧	全身性エリテマトーデス、多発性関節炎および皮膚病、パーキンソン病、多発性硬化症、関節リウマチ、糖尿病、パーキンソン病、メニエール病				
精神の病気	自覚神経失調症、統合失調症、うつ病、双極性障害(躁うつ病)、不安障害、パニック障害、身体表現性障害、摂食障害、過食症、心身症、心因性胃腸障害、強迫性障害、知的障害、アルコール依存症、薬物依存など				
お引受けできます ^(注) 。下記にご記入・ご署名ください。					
(注) 告知の内容にかかわらず、加入後一定期間に就業障害が発生した場合は保険金をお支払いできないことがあります。詳しくは、重要事項説明書第11。(2)③保険金をお支払いできない主な場合●始期前発病(治療)の取扱いをご確認ください。					
II【他の保険契約★】他の同様の保険契約(所得補償保険・団体長期障害所得補償保険等)に加入していますか。(共済契約を含みます。)					
「はい」の方は○をつけて他保険契約の状況を記入してください。	「いいえ」の方は○をつけて他保険契約の状況を記入してください。				
他の保険契約状況	契約内容(保険会社名、満期日、保険金額など)				
お申込み・告知・同意	申込日(告知日)を忘れずにご記入ください。(告知日とは告知事項をご記入いただいた日です。)				
1. 私は「重要事項説明書」	申込日(告知日) 年 月 日				
2. 上記質問事項(告知事項)	加入者(被保険者) 署名(自署フルネーム)				
3. 加入の申込みの際、重要事項説明書に記載の「個人情報の取扱い」について					

他の所得補償保険にご加入の方は「はい」に○をし、詳細をご記入ください。

被保険者さまご本人様がご署名ください。

加入方法

保険期間

令和**6**年**10**月**1**日午後4時 から
令和**7**年**10**月**1**日午後4時 まで

加入締切

令和**6**年**8**月**30**日(金)までにお申し込み
※保険期間中の中途加入も毎月受付します(毎月10日締切)。

中途加入の 補償期間

加入手続きの翌月の**1**日 から
令和**7**年**10**月**1**日午後4時 まで

加入方法

- 「重要事項等説明書」を必ずご確認ください。
- 専用の加入依頼書兼告知書にてお申し込みください。

保険料 払込方法

口座振替・月払

「手をつなぐおたすけプラン」暮らしの内容は
こちらをご確認ください！
携帯電話・パソコンからご覧いただけます。
URL : zen-iku.jp/insurance



お申込になる前にご確認ください。

●ご加入される保険契約がお客さまのご希望にそった内容になっていること、特に重要な事項の欄に正しく告知いただいていることなどを確認させていただくためのものです。ご不明点がございましたら、取扱代理店またはキャピタル損害保険へお問い合わせください。

【ご加入内容チェック欄】

1. 保険商品がお客さまのご希望にそった内容となっていることをご確認ください。

☐ 保険金お支払い事由 ☐ 保険期間(保険のご契約期間) ☐ 保険料 ☐ 保険金額

2. お申込み内容の告知もれや告知誤りがないかご確認ください

以下の項目は保険料を正しく算出したり、保険金をお支払いする際に必要な項目です。内容をよくご確認ください。

☐ 「生年月日」「性別」は正しく告知されていますか

☐ 「他の保険契約」欄は正しく告知いただいていますか

☐ 「健康状態に関する告知」については告知の重要性をご確認・ご理解いただいたうえで正しく告知いただいていますか

☐ 特別な条件(支払対象外条件)付でご契約の場合、条件を確認し同意いただけましたか

☐ 保険金額(ご契約金額)は年収の1/12の60%の範囲内となっていますか

3. 契約概要のご説明および注意喚起情報のご説明はご確認いただけましたか。

以下の項目は保険料を正しく算出したり、保険金をお支払いする際に必要な項目です。内容をよくご確認ください。

☐ ご契約に際しては「主な支払対象外事由」など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」が書かれておりますので必ずご確認ください。

●保険金のお支払い方法など重要な事項は、「重要事項等説明書」をご参照ください。

●「手をつなぐおたすけプラン」暮らしは葬祭費用等補償特約付き団体長期障害所得補償保険の愛称です。

●このパンフレットは団体長期障害所得補償保険の概要をご紹介しますものです。詳細は普通保険約款・特約をご参照ください。ご契約手続き、保険金のお支払い条件、その他ご不明な点がございましたら取扱代理店またはキャピタル損害保険にご照会ください。

●取扱代理店はキャピタル損害保険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、保険料の領収、保険料領収証の交付、契約の管理業務などの代理業務を行っております。したがって、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、キャピタル損害保険と直接契約されたものとなります。

◆当社は、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。当社との間で問題を解決できない場合には、日本損害保険協会に解決の申し立てを行なうことができます。

一般社団法人日本損害保険協会 そんぽADRセンター

☎0570-022808 [ナビダイヤル] 受付時間：平日9:15～17:00(土日祝日を除く)

※詳しくは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/)

ご不明の点がございましたら下記取扱代理店または引受保険会社へお問い合わせください

〈取扱代理店〉

一般社団法人

全国手をつなぐ育成会連合会

〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-17-6

第三和幸ビル2F-C

TEL 03-5358-9274 FAX 03-5358-9275 担当：田邊

受付時間：平日の午前10時～午後6時(土・日・祝日・年末年始を除きます。)

〈引受保険会社(幹事)〉

キャピタル損害保険株式会社

〒102-0073 東京都千代田区九段北一丁目8番10号 住友不動産九段ビル11階

TEL 03-5276-5602 FAX 03-5276-5609 担当：阪東

〈引受保険会社(非幹事)〉



損害保険ジャパン株式会社

医療・福祉開発部第二課 担当：石渡

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1

TEL.03-3349-5137 FAX.03-6388-0154 受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

公式ウェブサイト https://www.sompo-japan.co.jp/