

「**疾病による入院**」でかかる費用を実費で補償！

(健康保険の自己負担分・差額ベッド代・食事療養費 等)

※オプションでケガによる入院も補償！



01

先生・従業員 (家族従業員含む) の皆さまを
年齢・人数に関わらず**無記名で全員補償** (※1)

02

全額損金処理可能



(※2)



03

健康状態の告知不要

04

**既往症があっても保険加入後1年
が経てば補償対象**

(※1)

同居の親族以外の正規従業員を1名以上雇用している事が条件です。

補償の対象となる方は事業主、常勤の役員、正規従業員、常勤の臨時雇従業員です。

常勤とは、ケガまたは病気を被った時の直前6カ月間における「週あたりの平均労働日数が3日以上」かつ「週あたりの平均労働時間が15時間以上」に該当する場合をいいます。

詳細は取扱代理店までご照会ください。

(※2)

法人の場合は全額損金処理が可能です。

個人事業主の場合は、事業主本人と同居の家族従業員分相当の保険料の取扱いについては税理士にご相談ください。

コース別補償内容 (保険期間：2025年2月1日~2026年2月1日)

補償内容		保険金額	A:シンプル	B:スタンダード	C:ワイド
病気	1 入院で支払った自己負担費用を実費で補償	50万円 (1入院あたり)	○	○	○
	2 先進医療	300万円	○	○	○
	3 入院日額	5,000円	-	-	○
ケガ	4 死亡・後遺障害	10万円	○	○	○
	5 入院一時金 (1泊2日以上)	20万円	-	○	○
	6 入院日額	5,000円	-	○	○

【取扱代理店】 一般社団法人 長野県医師会

〒380-0816 長野市三輪1316番地9

TEL: 026-219-3600 FAX: 026-235-6120

(受付時間：平日の午前9時から午後5時まで)

【引受保険会社】 損害保険ジャパン株式会社

長野支店 長野法人支社

〒380-0803 長野市三輪1313-11

TEL: 026-235-8126 FAX: 026-235-8064

(受付時間：平日の午前9時から午後5時まで)

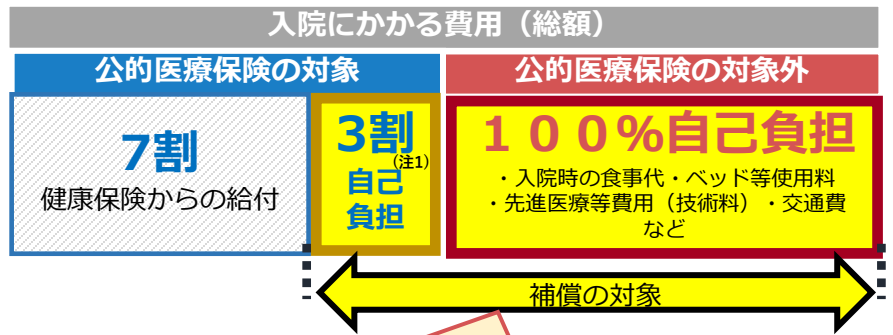
A：シンプルコース 補償内容

疾病入院医療費用補償特約（実額払）・傷害ユニット

01 入院で支払った「自己負担費用」を実費で補償
50万円

02 先進医療
300万円

03 傷害死亡・後遺障害
10万円



- ①入院時の健康保険の自己負担分
- ②食事療養費
- ③ベッド等使用料（1日あたり10,000円限度）
- ④先進医療、患者申出療養の費用（300万円）
- ⑤入退院・転院時の交通費
- ⑥諸費用（入院1日につき1,100円）
- ⑦親族付添費（1日につき4,200円）
- ⑧ホームヘルパー等の雇入費用 など

Bスタンダードコース 補償内容

疾病入院医療費用補償特約（実額払）・傷害ユニット

01 入院で支払った「自己負担費用」を実費で補償
50万円

02 先進医療
300万円

03 傷害死亡・後遺障害
10万円



- ①入院時の健康保険の自己負担分
- ②食事療養費
- ③ベッド等使用料（1日あたり10,000円限度）
- ④先進医療、患者申出療養の費用（300円万円）
- ⑤入退院・転院時の交通費
- ⑥諸費用（入院1日につき1,100円）
- ⑦親族付添費（1日につき4,200円）
- ⑧ホームヘルパー等の雇入費用 など



04 ●ケガ入院一時金 20万 ⇒ 1泊2日以上の入院
●ケガの入院補償 5,000円/日



Cワイドコース 補償内容

疾病入院医療費用補償特約（実額払）・疾病入院医療保険金支払特約（日額払）・傷害ユニット

01 入院で支払った「自己負担費用」を実費で補償
50万円

02 先進医療
300万円

03 傷害死亡・後遺障害
10万円



- ①入院時の健康保険の自己負担分
- ②食事療養費
- ③ベッド等使用料（1日あたり10,000円限度）
- ④先進医療、患者申出療養の費用（300万円）
- ⑤入退院・転院時の交通費
- ⑥諸費用（入院1日につき1,100円）
- ⑦親族付添費（1日につき4,200円）
- ⑧ホームヘルパー等の雇入費用 など



04 ●ケガ入院一時金 20万円 ⇒ 1泊2日以上入院
●ケガの入院補償 5,000円/日



05 ●疾病入院補償 5,000円/日



先生や従業員の
皆さまを全員補償！

(注1) 公的医療保険制度における治療費の自己負担の割合は年齢や所得に応じて異なります。
図のとおり自己負担が3割となるのは、6歳以上70歳未満の場合または70歳以上で現役並み所得者の場合です。

このご案内は概要を説明したものです。ご加入手続きその他この保険の詳細につきましては
取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

保険期間 : 2025年2月1日～2026年2月1日

申込締切日 : 2024年12月27日(金) 長野県医師会必着

申込方法 : 「加入依頼書」「預金口座振替特約書」を長野県医師会宛て郵送ください。

医療従事者総合補償制度 加入依頼書

一般社団法人 長野県医師会 御中

Form with fields for member address, fax, medical institution name, and member name.

Table for sales high (売上高) in million yen, including fields for calculation month (決算月) and unit (百万円).

Main table showing compensation content (補償内容), insurance amount (保険金額), and coverage status (A:シンプル, B:スタンダード, C:ワイド) for various medical conditions (病気, ケガ).

(※1) 直近決算の年間売上高

<保険料>

直近決算の年間売上高により算出されます。該当の保険料に○をお願いします。

Table showing monthly insurance premium (月払保険料) in yen based on sales high (売上高) ranges and plan type (A, B, C).

月払保険料 (円)

<保険料試算条件> 業種コード94/疾病業種コード73/ 疾病入院医療費用補償特約: ベッド等使用料保険金額日額 10,000円 /その他は各プラン記載ページをご確認ください。/保険期間1年間

※左記以外の売上高については 長野県医師会までお問い合わせください。

下記の場合は、F A X (026-235-6120) にてご連絡ください。

医療機関名 : _____ 会員氏名 : _____

連絡事項 (○をお願いします。)

- 1. 詳細のパンフレット希望
2. 電話での説明希望 (Tel: _____)
3. その他 (_____)

預金口座振替特約書

記載日 20 年 月 日

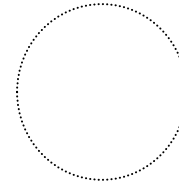
八十二銀行
長野県信用組合
御中
信用金庫

(お取引銀行を丸で囲んでください。)

私は、長野県医師会の「医療従事者総合補償制度」に加入いたしました。
今後、長野県医師会から請求された保険料を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、所定の手続きを省略してお振替下さい。
なお、この取扱いにつき万一後日事故が生じましても、一切私が責任を負い、貴行に対してご迷惑をおかけいたしません。

収納団体名	一般社団法人長野県医師会(626)
-------	-------------------

捨印



預金口座	刀がナ	預金 お届け印	取引銀行	八十二銀行 長野県信用組合 信用金庫
	(預金者氏名 口座名義)		右のいずれかを丸で囲んで下さい	支店名
住所	〒	預金口座	支店番号	
			預金種目	1. 普通 2. 当座
			口座番号	

検印	印鑑照合	受付印