

契約日

・当医療保険のご契約日は申込日です。ただし、ご契約に際しての告知が申込日の翌日以降となった場合は告知日をご契約日となります。

※ご契約日時点において契約年齢65歳を超えている方は、ご契約いただくことができません。

保険期間とお支払事由

給付金のお支払いにあたっては、原因となる傷病や不慮の事故が責任開始時以後に生じることが必要です。

保険期間	お支払事由の概要	お支払いする給付金	お支払限度
70歳まで(*)	病気や不慮の事故等による1泊2日以上の入院	災害入院給付金 入院給付日額5,000円×入院日数	「災害入院給付金」 「疾病入院給付金」 それぞれについて 1入院：124日/ 通算：1,095日
		疾病入院給付金 入院給付日額5,000円×入院日数	
	公的医療保険制度対象の所定の手術等※	手術給付金(20倍) 入院給付日額5,000円×20 (1泊2日以上入院中の場合)	—
手術給付金(5倍) 入院給付日額5,000円×5 (外来または日帰り入院中の場合)		通算：30回	
放射線治療給付金 入院給付日額5,000円×10		通算：なし (60日の間の1回)	

(*)保険期間は満70歳を超えて最初に迎える契約応当日の前日までです。



ご注意

- ※一部お支払いの対象外となる手術があります。
 - ・むちうち症や腰痛で他覚所見のないもの(原因を問いません)等、給付金をお支払いできない場合があります。
 - ・骨髄幹細胞の採取のための入院・手術は、責任開始日から1年経過後の入院・手術についてお支払いします。
 - ・各入院給付金について、それぞれのお支払事由に該当する入院を2回以上された場合、初回入院の退院日の翌日から180日以内に開始した次の入院は、原因を問わず1入院とみなします。
 - ・疾病・災害入院給付金におけるそれぞれのお支払日数の限度は、1回の入院につき124日、通算1095日となります。
 - ・災害入院給付金、疾病入院給付金のお支払事由が重複した場合は、疾病入院給付金を優先してお支払いします。
 - ・手術給付金(放射線治療給付金)は、公的医療保険制度によって手術料(放射線治療料)の算定対象として列挙されている手術(施術)、または先進医療に該当する手術(放射線治療・温熱療法)を受けられたときにお支払いします。ただし、一部お支払いの対象とならない手術があります。
- <対象外手術の例>
- 「創傷処理」「皮膚切開術」「デブリードマン」「骨、軟骨または関節の非観血的または徒手的な整復術、整復固定術および授動術」「外耳道異物除去術」「鼻内異物摘出術」「抜歯手術」等
- ・手術給付金(外来・日帰り入院中の場合)の通算のお支払限度は、30回となります。

保険料

- ・保険料は年払とし、全保険期間分を、拠出型企業年金保険の保険料払込期間満了時積立金によって前納していただきます。
 - ・平成26年4月2日時点の料率に基づきます。
- 保険料はご契約時の契約年齢・料率により計算し、料率が改定された場合には保険料は変動することがあります。

モデル契約例の前納保険料

契約年齢・性別	前納保険料
60歳 男性	514,909円
60歳 女性	366,608円

解約払戻金

- 当医療保険には解約払戻金はありません。

契約年齢

- ・当医療保険に関する年齢は「契約年齢」で記載しております。
- ※当医療保険における「契約年齢」は、被保険者の年齢を満年齢で計算し、1年未満の端数は切捨てます。

【例】60歳7カ月の被保険者の方の契約年齢は60歳になります。

なお、ご契約後の被保険者の年齢は、契約年齢に毎年の契約日に対応する日(契約応当日)ごとに1歳を加えて計算しております。

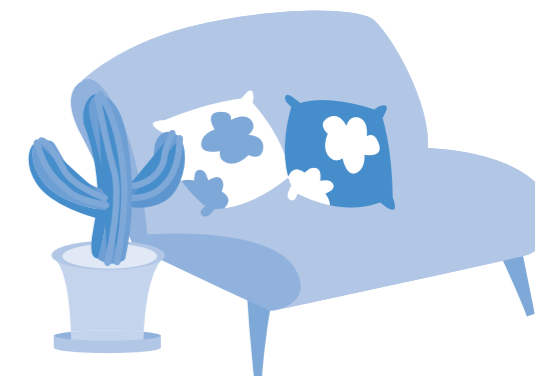
- ・ご契約時における被保険者の契約年齢は、契約日に基づいて計算します。

- 当パンフレットに記載のお支払事由等は、概要や代表事例を示しています。お支払事由の詳細や制限事項につきましては「ご契約のしおり一定款・約款」に記載されております。
- 当医療保険のお申込みにあたっては「ご契約のしおり一定款・約款」「特に重要なお知らせ(「契約概要」「注意喚起情報」を含みます。)」を必ずご確認ください。

参照

個人情報の取扱いに関する株式会社ブリヂストンと引受保険会社からのお知らせ

- この保険契約は、株式会社ブリヂストン(以下、団体といいます。)を保険契約者とし、団体および団体の子会社(以下、子会社といいます。)の所属員を加入対象とする企業保険です。
 - そのため、この保険契約の運営にあたっては、団体および子会社は加入対象者の個人情報(氏名・性別・生年月日・健康状態等)を取扱い、団体がこの保険契約を締結した引受保険会社(共同引受会社を含みます。以下同じ。)へ提出します。
 - 団体および子会社は、この保険契約の運営において入手する個人情報(個人番号を除く)を、この保険契約の事務手続きのために使用します。
 - 引受保険会社は受領した個人情報(個人番号を除く)を各種保険の引受け・継続・維持管理、年金等のお支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体および子会社、他の引受保険会社等へその目的の範囲内で提供します。
 - また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引き続き団体・子会社および引受保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。
- なお、記載の引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社へ提供されます。
- (注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。
- 個人番号については、保険取引に関する支払調書作成事務のみに使用します。



「加入申込書」記入要領

月払は1口1,000円で5口以上、一時払は1口10,000円で10口以上でお申込みください。

- 加入内容に変更のない方はご提出不要です。
- ご記入にあたって、まずはお手元に、「黒ボールペン」「ご印鑑」をご用意ください。
- この記入要領を参考に、お手元の「加入申込書」に必要事項をのりなくご記入・押印ください。
- あらかじめ印字された申込書をご使用いただく場合は、印字内容が正當かご確認ください。

加入申込書
日本生命保険相互会社 行

申込締切日 平成 29年 4月 14日
月払加入年月日 平成 29年 7月 1日

① 申込日
年 月 日
2 9 4 1 2

② 被保険者番号
1 2 3 4 5 6

③ 被保険者氏名
セイ メイ
プリチス タロウ

④ 性別 生年月日
性 別 年 月 日
2 3 5 2 5 5

⑤ 申込印

記入に際しての留意点
印字内容(加入内容)に変更がない場合は記入不要です。
〔性別〕 〔年号〕 〔加入区分〕
男性…1 昭和…3 該当する数字を1つ
女性…2 平成…4 だけ○印ください。

一時払申込欄
保険料 (円)
1 0 0 0 0 0

月払申込欄
加入区分 口数 保険料 (円)
既加入分 今回合計申込分
1 0 1 0 0 0 0

合計口数範囲 1口当り保険料
5~50口 1000円

←一時払について
口数範囲 1口当り保険料
10口~999口 10,000円

一時払のみの申込みはできません。
必ず、月払にもご加入ください。

(幹事会社)日本生命保険相互会社

①の拡大図
別 年 号 年
1 2

※当「加入申込書」は記入要領用のものであり、配付されたものと内容が異なる場合があります。

◆記入チェックリスト◆

項目	チェック項目	チェック欄						
★	<ul style="list-style-type: none"> ・団体コードをご記入ください。 ・グループ区分をご記入ください。 <table border="1"> <tr> <td>従業員</td> <td>: 01</td> </tr> <tr> <td>役員・監査役</td> <td>: 02</td> </tr> <tr> <td>執行役員・定年再雇用者</td> <td>: 03</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・所属コードをご記入ください。 	従業員	: 01	役員・監査役	: 02	執行役員・定年再雇用者	: 03	
従業員	: 01							
役員・監査役	: 02							
執行役員・定年再雇用者	: 03							
①	この申込書を記入した日をご記入ください。							
②	社員番号を右づめでご記入ください。							
③	氏名はすべてカタカナでご記入ください。							
④	性別・生年月日を数字でご記入ください。							

項目	チェック項目	チェック欄
⑤	必ず申込印を押印ください。(スタンプ印も可)	
⑥	該当する加入区分に○をつけ、口数・保険料を右づめでご記入ください。(増額・減額の場合、増額後・減額後の総口数・総保険料で、今回増額・減額する口数・保険料ではありません。)	
★	<ul style="list-style-type: none"> お申込みの一時払保険料をご記入ください。 ※一時払のみの申し込みはできません。必ず月払にもご加入ください。 ※一時払は半年払(賞与払)ではありません。一時払保険料を送金いただきますのでご留意ください。 	
①	内容を訂正される場合は二重線で抹消後、訂正印(申込印と同一のもの)を押印のうえ、正當内容をご記入ください。	

【海外にて勤務されている方のご請求のお取扱い】

希望されるコース

a 10年確定年金

- ・国内に本人口座がある場合のみ選択が可能です。
- ・居住国によって、必要書類が異なりますので、事務ご担当者様までご連絡ください。
- ・本人住所は海外住所(現住所)をご記入ください。

b 医療保障セットコース

<原則、選択できません。>※1


一時金受取

- ・国内の本人口座へ送金いたします。(送金手数料を本人が負担される場合は、国外口座でも可能です。※2)
- ・居住国によって、必要書類が異なりますので、事務ご担当者様までご連絡ください。
- ・本人住所は海外住所(現住所)をご記入ください。
- ・支払通知書は、団体経由でお送りいたします。その旨、「異動通知兼給付金請求書」のその他連絡欄へご記入ください。

●具体的な手続き等については事務ご担当者様へご確認ください。

- ※1 個人保険のご契約に際しては、お申込みから契約締結完了まで日本に滞在されていること等が必須条件です。なお、上記を満たしていても、渡航先によってはお取扱いできない場合や別途書類が必要な場合もございますので、事前にご相談ください。
- ※2 国・銀行によっては国外からの送金を受け入れない場合もございますので、事前にご本人様から該当の銀行・支店に国外からの送金を受け入れられるかご確認のうえ、事務ご担当者様までご連絡ください。また、日本生命からも送金可否を確認し、お取扱いできない場合もございます。なお、国外口座への送金は、手数料が割高となるだけでなく、時間も要する点をご了承ください。「異動通知兼給付金請求書」のその他連絡欄へ「送金手数料は本人負担になること了承済」とご記入ください。

[お申込み手続き]

新規加入の方、または加入内容に変更のある方	必要事項を記入・押印のうえ申込書を事務ご担当者様へご提出ください。
新規加入のお申込みをされない方	ご提出不要です。
加入内容に変更のない方	従来 of 加入内容で継続されますのでご提出不要です。
 ご注意	内容を訂正される場合は二重線で抹消後、訂正印(申込印と同一のもの)を押印のうえ、正当内容をご記入ください。

ご相談窓口等

お手続きや当制度の内容に関するご照会・苦情につきましては、以下の団体窓口までお問合せください。
(なお、引受保険会社へのご要望・苦情につきましては、同じく以下の日本生命窓口までご連絡ください。)

お手続きや当制度の内容に関するご照会・苦情について	<団体お問合せ先> 株式会社ブリヂストン 労務部 TEL 03-6836-3121
引受保険会社へのご要望・苦情について	<日本生命お問合せ先> 日本生命保険相互会社 法人サービスセンター TEL 0120-563-924

※お問合せの際には、記号証券番号(970-91553)をお知らせください。
【受付時間 月曜日～金曜日9：00～17：00(祝日・12/31～1/3を除く。)]

[指定紛争解決機関]

- この商品に係る指定紛争解決機関は一般社団法人生命保険協会です。
- 一般社団法人生命保険協会の「生命保険相談所」では、電話・文書(電子メール・FAXは不可)・来訪により生命保険に関するさまざまなご相談・照会・苦情をお受けしております。また、全国各地に「連絡所」を設置し、電話にてお受けしております。
なお、生命保険相談所が苦情の申出を受けたことを生命保険会社に連絡し、解決を依頼した後、原則として1カ月を経過しても、保

険契約者等と生命保険会社との間で解決がつかない場合については、指定紛争解決機関として、生命保険相談所内に裁定審査会を設け、保険契約者等の正当な利益の保護を図っております。

参照

- 「生命保険相談所」・「連絡所」の連絡先は、ホームページアドレス
<http://www.seiho.or.jp/> をご覧ください。

【「障がい」の表記】 当パンフレットでは、法律、政令、規則等の法令で用いられている用語を含め、「障害」を「障がい」と表記しています。