

あんしん むすぶ 教職員共済

道支部報

発行
教職員共済生活協同組合
北海道事業所
発行責任者 南部 貴昭
☎(011)533-1801(代表)
(011)533-1805(損害調査)

トリプルガード

団体生命共済・医療共済

今年も一括募集がはじまります

まだご契約されていない方、この機会にぜひ、ご加入ください!!
すでにご加入いただいている方には「満期と継続の案内」を郵送しますので、必ず内容をご確認ください!!(注意:41才から掛金上がります)

新採用の方のお申込みも大歓迎! 期限付教職員の方など教育機関に勤務されている方なら誰でもお申し込みできます

【共済期間】

2020年8月1日
~2021年7月31日まで

中途加入も可能です。締切以降も毎月20日までに
翌々月1日より保障を開始できます。

【一括募集締切】

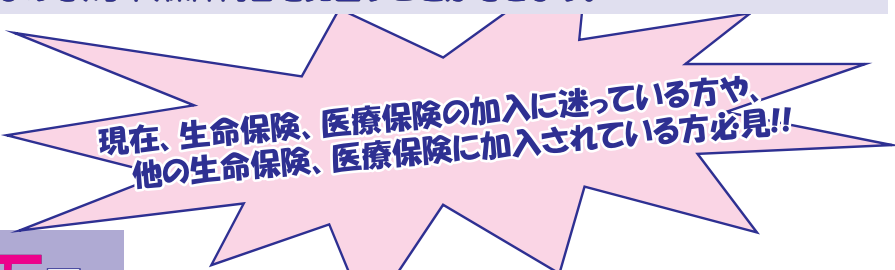
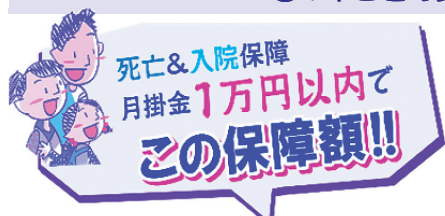
2020年6月20日まで

※締切までに手続きされますと、7月27日(予定)
に登録口座より掛金を振替させていただきます。

■すでに「団体生命共済・医療共済」に契約されている方
契約内容を変更される場合は、
変更期日 2020年6月20日までに
必ず、変更届を提出してください。

トリプルガードは「団体生命共済」と「医療共済」をセットにした愛称です

- 団体生命共済と医療共済は、それぞれ単独でもご契約いただけます。
- 1年ごとの契約なので、毎年、保障内容を見直すことができます。



死亡保障 **3,000万円**
入院日額 **5,000円**



トリプルガードは
配偶者、お子さまもご加入いただけます。
設計書の作成もお任せください!!

まずは、裏面から資料請求してみませんか??
ご希望の保障内容で見積りも致します。
(現在契約されている保険に近い内容での見積りも可能!!)

死亡保障3,000万円の保障内容は…

団体生命共済 30口契約

死亡、所定の高度障害を負ったとき **3,000万円**
公務死亡、交通災害死亡 **4,500万円**
所定の障害を負ったとき **1,200万円~150万円**

入院日額5,000円のご契約例は…

基本契約5口 + 手術特約5口 + 先進医療特約(口数なし)

入院 1日につき **5,000円**(ガン入院は1万円)
一般の入院は1入院につき年間180日まで。ガン入院は日数無制限。
手術 をすると 手術の種類により **20万円 / 10万円 / 5万円**
所定の手術を受けたとき保障。日帰り手術も対象。
先進医療 を受けたとき 自己負担した技術料相当額 (最高1,000万円)
所定の先進医療を受けたとき自己負担した技術料を保障。

上記の団体生命共済と医療共済の内容で
契約した場合の月掛金は…

40歳まで

3,937円

【内訳】
団体生命共済:2,760円
医療共済 :1,177円

41歳~60歳

9,787円

【内訳】
団体生命共済:7,890円
医療共済 :1,897円

※90歳まで契約更新できます。ただし段階的に掛金が上がります。また、団体生命共済は年齢により、契約限度が変化します。

資料請求すると全国合計1,000名様に賞品があたるキャンペーン実施中!

教職員共済の

共済

わくわく キャンペーン

専用応募フォームからご応募いただけます!

- ご応募はお一人さま1回かぎりとなります。
- 賞品の発送は9月中旬以降となります。

教職員共済

検索

PCからのご応募は、トップページのスライド
「わくわくキャンペーン」からお入りください。

A 北海道 札幌
スープカレーセット



(3種 × 各1食 300g)

B 岡山県 岡大農場
プリン&ゼリー



(白桃プリン・ぶどうゼリー各3個)

C 広島県
広島麺ギフト



(4種 × 各2食)

D スマホ対応マルチ
充電ランタン&ラジオ



(USBケーブル付)

応募期間
2020年
4月20日
~6月30日

※通常の資料請求フォームを利用されますと対象になりませんのでご注意ください。※当選者の発表は、賞品の発送をもってかえさせていただきます。

資料請求・見積り依頼はこちらから

トリプルガード

団体生命共済・医療共済

「用紙に記入するのが面倒！」
という方は、
直接、北海道事業所
にお電話ください！

下記のいずれかの方法で資料&見積書をご請求ください！

[平日9:00~17:30]

①WEB から

教職員共済 検索
<https://www.kyousyokuin.or.jp/>



スマホからもカンタン、ラクラク！

24時間OK！

②FAX またはお電話で

下記資料請求書にご記入のうえFAXいただくか、直接お電話ください。

「団体生命共済」・「医療共済」 資料&見積書 請求書

必ず記入ください

1. 各項目にご記入をお願いします。

依頼日 年 月 日

フリガナ		性別	ご勤務先名	
お名前		男 女		
ご送付先住所・電話番号			日中のご連絡先	
(TEL)			携帯 (TEL)	勤務先 (TEL)

2. ご希望の保障内容での見積書をお送りします。

下記にご希望の保障内容をご記入ください。

- ・表示されている保障額以外を希望される場合は、その他の欄に記入ください。
- ・未記入部分や、不明な点については、後日お問合せさせていただきます。

《他社の生命保険、医療保険にご加入の方》 → 現在ご契約されている保険の契約内容もお知らせください！！

・現在、他の生命保険、医療保険にご契約されている場合は、他で契約されている保障内容に近い見積書の作成をいたします。
その内容での見積りを希望される場合は、現在ご契約されている保険の証書をFAXしていただくなど、保障内容をお知らせください。

ご希望の保障内容をご記入ください

見積りされる方のお名前を カタカナで記入ください	性別	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	死亡保障は どれくらい 必要ですか？	入院1日に対して、 どれくらいの保障を 希望されますか？	手術特約は希望 されますか？	先進医療特約 は希望 されますか？	その他、希望され る保障内容などあ りましたら記入く ださい。
教職員の方	男性	昭 平 年 月 日	1,000万円 500万円 300万円 その他 希望の保障額を記入ください	10,000円 5,000円 その他 希望の保障額を記入ください	希望	希望	
	女性	年 月 日					
教職員の方の 配偶者	男性	昭 平 年 月 日	1,000万円 500万円 300万円 その他 希望の保障額を記入ください	10,000円 5,000円 その他 希望の保障額を記入ください	希望	希望	
	女性	年 月 日					
お子さま 1	男性	平 令 年 月 日	100万円 その他 希望の保障額を記入ください	3,000円 その他 希望の保障額を記入ください	希望	希望	
	女性	年 月 日					
お子さま 2	男性	平 令 年 月 日	100万円 その他 希望の保障額を記入ください	3,000円 その他 希望の保障額を記入ください	希望	希望	
	女性	年 月 日					

見積り作成依頼にあたっての連絡事項や、確認したい内容などがありましたらご記入ください。

資料請求時にご記入いただいた個人情報は該当資料を送付するために使用するほか、教職員共済が行う事業のご案内、よりよい商品・サービスの提供のために利用させていただきます。教職員共済の個人情報の取り扱いに関する詳細はホームページ(<https://www.kyousyokuin.or.jp/>)でご覧いただくことができます。

ご契約にあたっては必ずパンフレットおよび重要事項等説明書(契約概要・注意喚起情報)をご覧ください、制度内容をご確認ください。

FAX・電話
受付はこちら

厚生労働省認可

教職員共済生活協同組合 北海道事業所

FAX: 0120-112-554 TEL: (011) 533-1801

教職員共済生活協同組合北海道事業所 〒060-0063 札幌市中央区南3条西12丁目 北海道教育会館5階

教職員共済生協北海道事業所ホームページ: <https://www.h-sibu.com>

承20-01-01(2004)