

# 総合サポート共済『ゆにあす』のご案内

## 総合サポート共済『ゆにあす』とは…？

フォームズユニオン連合会の福祉に対する取組みで、組合員の万が一（死亡・高度障害）や疾病等にあった組合員を組合員みんなで支えあう助け合いの制度です！



## ■総合サポート共済『ゆにあす』のラインナップ

### 長期家族サポート

### ■健康応援プログラム■

三大生活習慣病サポート 総合医療サポート  
健康づくりサポート

## 「長期家族サポート」とは…？

万が一（死亡・高度障害）のとき保障する制度で、組合員同士の助け合い制度として成り立っています。1年毎に収支計算を行い、剰余金が生じた場合には配当金としてみなさまにお返ししています。

### 制度のしくみ



- ① 組合員がお互いに掛金を拠出して、ひとつの基金を作ります。
- ② 組合員に不幸があったとき、基金の中から残されたご家族が年金を受け取れます。
- ③ 1年毎に収支計算を行い、剰余金が生じた場合、配当金として受け取れます。

### 「長期家族サポート」の特長は…

- ☑ 手頃な掛金で充実の保障
- ☑ 配当金の還付
- ☑ 1年毎の見直し
- ☑ 組合独自の制度



### 死亡・高度障害の場合【25歳男性Bコース】

平均年金月額約5.8万円×受取期間20年間  
＝受取総額約1,401万円

※死亡・高度障害保険金の年金原資は1,280万円です。

毎月のお給料みたい。  
僕は25歳の男性だから、保険料は  
30歳まで月々1,203円！お手頃だなあ！

### 無事に1年間を過ごした場合

2017年8月1日～2018年7月末の1年間で収支計算を行い  
剰余金が生じた場合は配当金としてお返しいたします。

【参考】2015年8月1日～2016年7月末の配当率  
約47.57%

昨年の配当率だと、25歳男性Bコースの  
場合、1年間で約6,867円還付されたんだ！

※年齢は保険年齢です。保険年齢は満年齢を基に、1年未満の端数について6ヵ月以下は切り捨て、6ヵ月超は切り上げた年齢をいいます。

（例）保険年齢40歳＝平成29年8月1日現在満39歳6ヵ月を超え満40歳6ヵ月まで

※記載の年金額はパンフレット作成時点の基礎率（予定利率、予定死亡率、予定事業費率）で計算していますので、将来の基礎率の変更により年金額が変動（増減）することがあります。

※配当率は、今後変動することがありますので記載の配当金額は将来のお支払いを約束するものではありません。

※配当率は、お支払時期の前年度決算により決定しますので、将来お支払いする配当金額は現時点では確定していません。

※記載の保険料は概算保険料です。

※更新時に該当する年齢区分が変わる場合、保険金額や保険料は前年度と異なります。

※三大生活習慣病サポート、総合医療サポート、健康づくりサポートについては配当金はありません。

★制度内容等詳細についてはパンフレットをご一読ください。

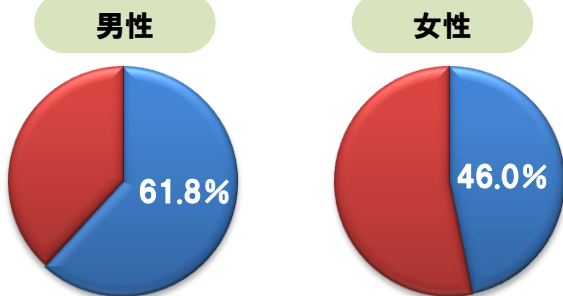
# 「三大生活習慣病サポート」とは…？

所定の悪性新生物(がん)と診断確定されたとき、または急性心筋梗塞・脳卒中を発病して所定の状態となったとき、もしくは所定の手術を受けたときに一時金を給付します。闘病資金を準備することで、早期職場復帰をサポートします。

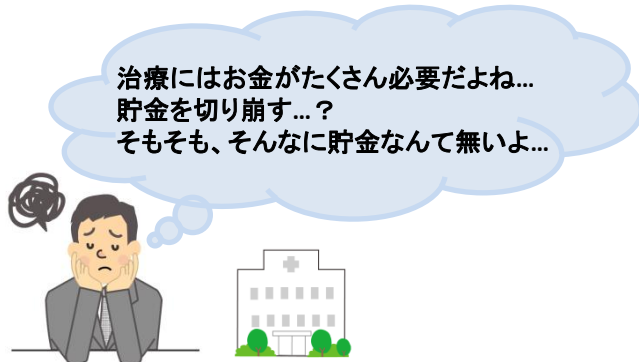
**三大疾病(悪性新生物(がん)・急性心筋梗塞・脳卒中)は身近な病気です！  
一生涯のうちに約2人に1人が「がん」と診断されるといわれています！**



## 一生涯のうちに「がん」に罹患するリスク



※出典：公益財団法人 がん研究振興財団「がんの統計'15」



そんなみなさまのために、『ゆにあす』で「三大生活習慣病サポート」を用意しました



- 三大疾病(悪性新生物(がん)・急性心筋梗塞・脳卒中)の治療費として保険金をお支払いします。
- 特約を付加した場合、7大疾病(悪性新生物(がん)・急性心筋梗塞・脳卒中・重度の糖尿病・重度の高血圧性疾患・慢性腎不全・肝硬変)および、悪性新生物(がん)・上皮内新生物の治療費として保険金をお支払いします。

## 300万円コースの場合

三大生活習慣病サポート300万円コース+7大疾病保障特約+がん・上皮内新生物保障特約

保険金種類		お支払事由					
		死亡・高度障害	特定疾病			その他の4疾病 重度の糖尿病 重度の高血圧性疾患 慢性腎不全 肝硬変	上皮内新生物
			悪性新生物(がん)(※)	急性心筋梗塞	脳卒中		
主契約	特定疾病保険金 死亡・高度障害保険金	お支払事由のいずれかに該当で 300万円					
特約	7大疾病保険金	お支払事由のいずれかに該当で 150万円					
特約	がん・上皮内新生物保険金	← お支払事由のいずれかに該当で 30万円 →					
お支払事由ごとの保険金額合計		300万円	480万円	450万円	150万円	30万円	

※特定疾病保険金、7大疾病保険金の場合は、悪性黒色腫以外の皮膚がんを含みません。  
※がん・上皮内新生物保険金の場合は、悪性黒色腫以外の皮膚がんも含まれます。

これなら、しっかりと治療を受けて、早期に職場復帰もできるね！



- ・7大疾病保険金、がん・上皮内新生物保険金のお支払いは、それぞれ1回のみです。
- ・7大疾病保障特約、がん・上皮内新生物保障特約は、それぞれ7大疾病保険金、がん・上皮内新生物保険金が支払われた場合に消滅します。
- ・特定疾病保険金、死亡保険金または高度障害保険金のいずれかが支払われた場合、主契約である無配当特定疾病保障定期保険(Ⅱ型)は消滅します。この場合、同時に7大疾病保障特約、がん・上皮内新生物保障特約も消滅します。
- ・7大疾病保険金は主契約保険金の5割、がん・上皮内新生物保険金は主契約保険金の1割となります。
- ・特定疾病保険金と死亡・高度障害保険金は重複して支払われません。

★制度内容・お支払事由等詳細についてはパンフレットをご一読ください。

# 『ゆにあす』モデルコースのご案内

25歳 男性の場合…



## 長期家族サポート Bコース

平均年金額約5.8万円×受取期間20年間  
= 受取総額約1,401万円

※死亡・高度障害保険金の年金原資は1,280万円です。

月額掛金：1,203円

高度障害になったときに療養費とか生活費で親に迷惑をかけたくないし、死亡の時は親にお金を残すことができるので加入したよ！

※高度障害保険金の受取人はご加入者本人です。

死亡・高度障害

+

## 三大生活習慣病サポート 300万円コース

月額掛金合計：1,017円

※【掛金内訳】主契約：696円 7大疾病保障特約：270円 がん・上皮内新生物保障特約：51円

7大疾病保障特約  
がん・上皮内新生物保障特約

三大疾病等

毎月のお預かりは、**合計2,220円**です！（初回は2017年8月給与より）

※年齢は保険年齢です。保険年齢は満年齢を基に、1年未満の端数について6ヵ月以下は切り捨て、6ヵ月超は切り上げた年齢をいいます。

（例）保険年齢40歳＝平成29年8月1日現在満39歳6ヵ月を超え満40歳6ヵ月まで

※記載の年金額はパンフレット作成時点の基礎率（予定利率、予定死亡率、予定事業費率）で計算していますので、将来の基礎率の変更により年金額が変動（増減）することがあります。

※記載の保険料は概算保険料です。

※更新時に該当する年齢区分が変わる場合、保険金額や保険料は前年度と異なります。

※記載の保険料等は、パンフレット作成時点の基礎率により計算されています。実際の保険料等はご加入（増額）および更新時の基礎率により決定しますので、今後の基礎率の改定により保険料等も改定されることがあります。

★制度内容等詳細についてはパンフレットをご一読ください。

## 「MYヘルスケア相談サービス(無料電話相談)」のご案内

トッパン・フォームズフレンドシップユニオン連合会の組合員全員が使うことができます。



### 24時間健康・医療相談サービス

お電話による無料相談はこちら。

受付番号

☎ 0120-630-343

相談時間

24時間365日 いつでも相談可能

健康や生活に関する幅広い分野について、フリーダイヤルでご利用いただける総合相談窓口です。

- 利用対象者 本人とご家族（未成年者を除く被扶養者）
- 利用時間・相談回数制限なし

※本サービスは医師法等関連法令が規定する診療・治療や医薬品の提供は一切行いません。



### メンタルヘルス相談サービス

お電話による無料相談はこちら。

受付番号

☎ 0120-727-338

受付時間

電話相談：月～土曜日10～22時  
（祝日・年末年始を除く）

⇒1人1回20分程度となります。

- 利用対象者 本人とご家族（未成年者を除く被扶養者）
- 相談回数制限なし

面談予約：月～土曜日10～20時  
（祝日・年末年始を除く）

⇒全国主要都市のカウンセリングルームにて行います。

- 利用対象者 本人とご家族（未成年者を除く被扶養者）
- 面談によるカウンセリングは、1人年間5回まで無料

※本サービスは医師法等関連法令が規定する診療・治療や医薬品の提供は一切行いません。



### 介護相談サービス

お電話による無料相談はこちら。

受付番号

☎ 0120-517-010

相談時間

月～金曜日 10:00～16:00  
（祝日・年末年始を除く）

上記時間以外は、一旦ご相談をお受けし、ケアマネージャーから後日回答させていただきます。

- 利用対象者 本人とご家族（未成年者を除く被扶養者）
- 利用時間・相談回数制限なし

※本サービスは医師法等関連法令が規定する診療・治療や医薬品の提供は一切行いません。

※外部の専門機関に委託していますのでプライバシーは厳守されます。安心してお気軽にご利用ください。

ご記入いただくのは、**3か所**です！！

- ① 申込日(告知日)をご記入ください。
- ② 加入を希望するコースにチェック(☑)を入れてください。
- ③ ご印鑑を4枚すべてに、はっきりと押してください。★スタンプ印・認印でもOKです！

■パンフレット等説明資料に記載された契約内容を承知し、基向に沿った申込内容であることを確認しました。 ■申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、裏面の告知内容と相違がないことを確認しました。  
 ■「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。 ■個人情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を確認し、同意しました。  
 ■申し込み手続のご案内に記載されている「生命保険の新規加入、保険金・給付金の増額前にご確認いただきたい事項」【申し込み・告知・支払いに際してのご注意】について理解し、承知しました。

加入(増額)のお申し込み手続きにあたり、加入(増額)する申込者の告知内容が、申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。  
 告知内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

死亡保険金受取人および指定代理請求者の指定・変更を含め申込内容についての効力は、上記の「効力発効日(加入・増額日)」から生じます。  
 効力発効日(加入・増額日)より前に死亡保険金受取人・指定代理請求者の変更をされたい場合は、別途変更通知書の提出が必要ですので、団体窓口までご連絡ください。  
 (必ず裏面の「死亡保険金受取人について」および「指定代理請求者について」をご確認ください。)

告知日 平成 29 年 4 月 10 日

※新規加入・内容変更・増額等申請時必ず押印してください。

区分	被保険者氏名(カタカナで記入してください)	性別	生年月日	死亡保険金受取人欄	指定代理請求者指定欄	確認印
100	トッパン タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 4 年 5 月 1 日	※指定したまたは指定内印を変更の場合ご記入願います ① 配偶者 2. 子 3. 父 4. 兄弟姉妹 7. 法定相続人 9. 指定内印(カタカナで氏名を記入)	※指定したまたは指定内印を変更の場合ご記入願います ① 配偶者 2. 子 3. 父 4. 兄弟姉妹 5. 兄弟姉妹 8. 祖父 7. 孫 9. その他の親等内の親族 C. 指定内印	「確認印」 兼 「申込印」 兼 「告知印」
A10	長期家族サポート	現在加入	お申し込み欄 お申し込みは該当箇所を記入・チェックしてください。 ※「A」コースと「B」コースは併用できません。	受取人コードをご記入ください	指定コードとカタカナ併記の両方を記入ください	「認印」 (4枚必要)
K32	健康 総合医療サポート(生保部分)	現在加入	<input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 3,000	9の場合のみカタカナで1名記入	カタカナで1名記入	
R50	応援 総合医療サポート(損保部分)	( )	<input type="checkbox"/> 5,000 (AM) <input type="checkbox"/> 3,000 (BM) <input type="checkbox"/> 5,000 (AL) <input type="checkbox"/> 3,000 (BL)	9の場合のみカタカナで1名記入	カタカナで1名記入	
F22	プロ 三大生活習慣病サポート	万円	<input type="checkbox"/> 500 <input checked="" type="checkbox"/> 300	9の場合のみカタカナで1名記入	カタカナで1名記入	
G	7大疾病保障特約 がん・上皮内新生物保障特約		<input checked="" type="checkbox"/> 付加する(1) <input type="checkbox"/> 付加しない(5)	三大生活習慣病サポートにお申し込みされる方はこの欄も必ずチェックしてください。		
001	健康づくりサポート	加入	<input type="checkbox"/> 加入			
区分	制度名	現在加入	氏名(カタカナで記入してください)	性別	生年月日	お申し込み欄
交	総合医療サポート(損保部分)	コース		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> P コース
母	親介護	コース		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> P コース

ご注意ください！

- ※記入した内容を訂正する場合は、該当箇所を二重線にて抹消し、訂正内容をご記入・チェックのうえ、訂正印(③の申込印と同一印をご使用ください)を押印願います。
- ※「三大生活習慣病サポート」にご加入の方(既加入・新規加入ともに)は、「7大疾病保障特約」と「がん・上皮内新生物保障特約」それぞれの付加有無について、必ずチェックが必要です。チェック漏れは不備となりますので、ご注意ください。
- ※「総合医療サポート」に新規加入の方は、「生保部分」と「損保部分」両方にご加入ください。

**加入・内容の変更は年1度しかできません！！  
この機会を忘れずに！！**

申込締切日: 2017年5月15日(月) 責任開始期(加入日): 2017年8月1日(火)