

団体割引
28.51%
適用

新規加入対象年齢

0歳~
満**79歳**

継続
満**89歳**まで



楽しく長生きをするために
いつか訪れる介護ライフ、そんな時こそ安心して過ごしたい。

あなたと家族の笑顔を守りたい。

更新型

令和6年1月版
生活クラブ共通版

コープの介護保険



マスコットキャラクター「かいごん」

医療保険基本特約・傷害保険特約・介護一時金支払特約セット団体総合保険 **スマホ・タブレットはこちらから**

または、生活クラブ コープの介護 **で検索!!**

生協組合員と **ご家族** の介護保障



「自分の介護は…」

家族に負担を
かけないために。

「介護はお金かかりそう…」

介護費用の補償
で安心して
介護準備を。

「家族の介護に備えたい…」

自分や子どもも
手軽な保険料で
備えられる。

POINT 1 介護が必要になった時に一時金が受け取れます。

介護一時金
500万円コース
傷害死亡保険金**100万円**
(天災危険補償特約セット)

「お手ごろな保険料!」
月払**900円**
保険料
被保険者 満**55~59歳**の場合
団体契約で **28.51%**の割引率

様々な介護にかかる費用としてまとまったお金で
受け取れる一時金をお使いいただけます。

初期平均費用 **74万円**
住宅改造
介護用ベッド購入(注)

介護平均費用 **581万円**
介護平均期間 **5年1か月**

通院までの交通費や付き添い介助 **8.3万円** (月々の平均費用)
通所リハビリテーション
訪問介護 入浴や食事

公的介護保険の要介護2~5認定の場合、または損保ジャパンが定める所定の要介護状態に該当し30日を超えて継続した場合にお支払い!

(注)介護保険でベッドなどの福祉用具をレンタルすることも可能です。
※過去3年間に介護経験がある人への調査 ※生命保険文化センター「2021年度生命保険に関する全国実態調査」を参考に作成

POINT 2 ご年齢に合わせた手ごろな保険料、
家族で無理なく介護に備えられます。

新規加入 **0歳~満79歳**までOK
継続 満**89歳**まで
[交通事故で要介護になった場合も給付]

年齢問わず、
交通事故でも
対象!

月額**80円**※で
子どもも加入OK
※介護一時金500万円
コースの場合

年齢にあった保険料で、
加入条件も簡単!
家族あわせて入れば備えは
万全!



POINT 3 認知症の予防から介護までをサポートします。

2025年には65歳以上の高齢者のうち5人に1人が認知症患者になる[※]とされています。コープの介護保険にご加入いただくと、介護情報に関するWEBサービス「SOMPO笑顔倶楽部」をご利用いただけます。

認知症サポート **SOMPO 笑顔倶楽部**

SOMPO笑顔倶楽部は、MCI(軽度認知障害)の早期発見や認知機能低下の予防に寄与するサービスから、万が一要介護状態になった場合の介護サービス紹介等まで一貫した有用な情報をWEB上で加入者の皆さまにご提供いたします。

SOMPO笑顔倶楽部のURLやご利用方法につきましてはご加入後にご案内します。
※厚生労働省「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向け~」平成29年改訂版を参考に記載

(注1)本サービスの詳しい内容につきましては、SOMPO笑顔倶楽部のサービス利用規約をご確認ください。
(注2)お住まいの地域や、やむを得ない事情によってサービスのご利用までに日数を要する場合やサービスをご利用いただけない場合があります。
(注3)本サービスはSOMPO笑顔倶楽部を運営する損保ジャパンのグループ会社およびその提携先の企業が提供するサービスです。
(注4)本サービスは、サービスパートナー企業のサービスについて、損保ジャパンが紹介をするものです。サービスをご利用の場合にかかる費用はお客様の負担となります。
(注5)本サービスは予告なく変更または中止する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

知る 認知症知識・最新情報
ケアする 認知症や介護のケア活を支援
予防 認知機能低下予防サービスの紹介

チェック 認知機能チェック
紹介 介護に関するサービスの紹介

コース別 保険料	保険期間 1年 団体割引 28.51%				
	介護一時金 700万円 コース	介護一時金 500万円 コース	介護一時金 300万円 コース	介護一時金 200万円 コース	介護一時金 100万円 コース
被保険者満年齢	月払保険料	月払保険料	月払保険料	月払保険料	月払保険料
0~39歳	90円	80円	70円	60円	50円
40~44歳	160円	130円	90円	80円	60円
45~49歳	330円	250円	170円	130円	90円
50~54歳	610円	450円	290円	210円	130円
55~59歳	1,240円	900円	560円	390円	220円
60~64歳	2,430円	1,750円	1,070円	730円	390円
65~69歳	4,130円	2,960円	1,800円	1,210円	630円
70~74歳	8,720円	6,240円	3,760円	2,520円	1,280円
75~79歳	18,250円	13,050円	7,850円	5,250円	2,650円
80~84歳	—	—	15,750円	10,510円	5,280円
85~89歳	—	—	29,360円	19,590円	9,820円

重要 ★5歳きざみで保険料が変わります。(0~39歳は変わりません)
新規加入の場合、保険開始日時点の満年齢の保険料が適用されます。
翌年からの継続にあたっては1月1日時点の満年齢の保険料が適用されます。

【介護医療保険料控除対象】 ※傷害死亡保険金部分を除きます。(令和5年8月現在)

- 0~満79歳までの方が新規加入の対象です。(満89歳まで継続可能です。)
※満80歳以上は300万円コース以下のご継続となります。
- 新規加入時の保険料は、保険開始日時点の満年齢が適用されます。
- 保険は1年更新です。5歳ごとに保険料が変わります。(更新時の保険料は、毎年1月1日時点の満年齢の保険料が適用されます。)
- 解約返れい金はありません。
- お1人さま1コースの加入となり、複数のコースへの加入はできません。
- 団体割引は、本団体契約の前年のご加入人数により決定しています。次年度以降、割引率が変更となることがありますので、あらかじめご了承ください。また団体のご加入人数が10名を下回った場合は、この団体契約は成立しませんので、ご了承ください。

ご継続時のコース変更について

- コース変更は更新時(毎年1月1日)のみとなります。コース変更時の保険料は1月1日時点の満年齢が適用されます。
- 介護一時金の額が減額となるコースに変更する場合は、告知なしで継続できます。
- 介護一時金の額が増額となるコースに変更する場合は、新たな告知が必要です。

※保険金のお支払方法等重要な事項は、「この保険のあらまし」以降に記載されていますので、必ずご参照ください。

保険金をお支払いする場合 保険期間中に、疾病や傷害などにより以下の①または②のいずれかとなった場合、所定の介護一時金をお支払いします。

①公的介護保険制度の要介護2から5の認定を受けた場合

②損保ジャパン所定の要介護状態（公的介護保険制度における要介護2から5の状態が目安）となり、その要介護状態が要介護状態に該当した日からその日を含めて30日を超えて継続した場合

■年齢別の対象範囲

被保険者の年齢	①公的介護保険制度の要介護2から5の認定	②損保ジャパン所定の要介護状態
40歳未満	対象外（40歳未満は公的介護保険制度の対象外）	年齢・要介護状態になった原因を問わず対象（交通事故なども対象）
40～64歳以下	要介護状態になった原因は加齢に伴う特定疾病（16種類）に限定	
65歳以上	要介護状態になった原因を問わず対象（交通事故なども対象）	

※損保ジャパン所定の要介護状態の詳細については取扱代理店・損保ジャパンまでお問い合わせください。

(参考)

要介護	公的介護保険制度における要介護度別の身体状態の目安(例)
要介護2	食事や排泄に何らかの介助を必要とすることがある。立ち上がりや片足での立位保持、歩行などに何らかの介助が必要。衣服の着脱は何とかできる。物忘れや直前の行動の理解の一部に低下がみられることがある。
要介護3	食事や排泄に一部介助が必要。立ち上がりや片足での立位保持などがひとりではできない。入浴や着脱などに全面的な介助が必要。いくつかの問題行動や理解の低下がみられることがある。
要介護4	食事にとどき介助が必要で、排泄、入浴、衣服の着脱には全面的な介助が必要。立ち上がりや片足での立位保持がひとりではほとんどできない。多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられることがある。
要介護5	食事や排泄がひとりではできないなど、日常生活を遂行する能力は著しく低下している。歩行や両立位保持はほとんどできない。意思の伝達がほとんどできない場合が多い。

生命保険文化センター「介護保険ガイド」2021年7月

「コープの介護保険」加入依頼書

医療保険基本特約、傷害保険特約、介護一時金支払特約セット団体総合保険

証券番号	912412L404	〈帳票54402〉
使用期限	令和6年11月15日	

日本コープ共済生活協同組合連合会 御中

保険期間 令和6年 月1日から令和7年1月1日 ◆中途加入もできます。

申込人(加入者)は、別頁に記載の重要事項を確認し、日本コープ共済生活協同組合連合会が契約する新・団体医療保険(医療保険基本特約、傷害保険特約、介護一時金支払特約等)への加入を依頼します。また、特約の申し出をしないかぎり、毎年の自動継続による加入を依頼します。申込人(加入者)は、募集文書または損保ジャパンの公式サイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の「個人情報の取扱いに関する事項」等を確認し、本書面記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な同意を得たうえ、個人情報の取扱いに同意します。

必須 太枠内の項目をもちろなくご記入ください。尚、告知日は保険金支払いの際の重要項目です。必ず自署でご記入ください。

申込日(告知日)(自署)	令和 年 月 日	所属生協	東京 神奈川 埼玉 千葉 北海道 長野 山梨 静岡 愛知 栃木 やまがた 茨城 青森 群馬 岩手 福島
組合員番号	右つづめで記入してください。	住所	〒550-0000 東京都港区 501 フリガナ
申込人(加入者)氏名	507 フリガナ 申込兼告知者署名(自署)	504 電話番号	513 生年月日 512 性別

損害保険ジャパン株式会社 宛

訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で打消し、打消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

【重要】★の項目は「告知事項」です。事実と異なる内容を記載した場合や事実を記載しなかった場合には、ご契約を解除することや保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。申込人(加入者)ご本人以外のご家族(配偶者、子ども、両親、兄弟姉妹、同居の親族)の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、申込人(加入者)ご本人が加入されるご家族の健康状態をご確認のうえ、ご記入・ご署名ください。

被保険者(保険の対象となる方)

(注)年齢とは補償開始日時点の満年齢になります。

1	2																																				
<table border="1"> <tr> <td>① 新規</td> <td>600 フリガナ</td> <td>性別</td> <td>生年月日</td> <td>年齢</td> <td>申込人(加入者)からみた続柄</td> <td>職業・職務名</td> <td>加入コース(万円)^(※1)</td> <td>★告知回答欄</td> </tr> <tr> <td>② 被保険者追加</td> <td>氏名</td> <td>①男 ②女</td> <td>③昭和 ⑤令和 ④平成 年 月 日 歳</td> <td>注)</td> <td>①本人 ②配偶者 ③子ども ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他(同居親族)</td> <td>VM9 営業 事務 無職 家事従事者 学生 上記以外の具体的な仕事内容</td> <td>700 300 500 200 100</td> <td>ご確認いただき、下記の点線に○をしてください。 質問事項の全てが「いいえ」 質問事項に1つでも「はい」がある場合はご記入いただけません</td> </tr> </table>	① 新規	600 フリガナ	性別	生年月日	年齢	申込人(加入者)からみた続柄	職業・職務名	加入コース(万円) ^(※1)	★告知回答欄	② 被保険者追加	氏名	①男 ②女	③昭和 ⑤令和 ④平成 年 月 日 歳	注)	①本人 ②配偶者 ③子ども ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他(同居親族)	VM9 営業 事務 無職 家事従事者 学生 上記以外の具体的な仕事内容	700 300 500 200 100	ご確認いただき、下記の点線に○をしてください。 質問事項の全てが「いいえ」 質問事項に1つでも「はい」がある場合はご記入いただけません	<table border="1"> <tr> <td>① 新規</td> <td>610 フリガナ</td> <td>性別</td> <td>生年月日</td> <td>年齢</td> <td>申込人(加入者)からみた続柄</td> <td>職業・職務名</td> <td>加入コース(万円)^(※1)</td> <td>★告知回答欄</td> </tr> <tr> <td>② 被保険者追加</td> <td>氏名</td> <td>①男 ②女</td> <td>③昭和 ⑤令和 ④平成 年 月 日 歳</td> <td>注)</td> <td>①本人 ②配偶者 ③子ども ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他(同居親族)</td> <td>VM9 営業 事務 無職 家事従事者 学生 上記以外の具体的な仕事内容</td> <td>700 300 500 200 100</td> <td>ご確認いただき、下記の点線に○をしてください。 質問事項の全てが「いいえ」 質問事項に1つでも「はい」がある場合はご記入いただけません</td> </tr> </table>	① 新規	610 フリガナ	性別	生年月日	年齢	申込人(加入者)からみた続柄	職業・職務名	加入コース(万円) ^(※1)	★告知回答欄	② 被保険者追加	氏名	①男 ②女	③昭和 ⑤令和 ④平成 年 月 日 歳	注)	①本人 ②配偶者 ③子ども ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他(同居親族)	VM9 営業 事務 無職 家事従事者 学生 上記以外の具体的な仕事内容	700 300 500 200 100	ご確認いただき、下記の点線に○をしてください。 質問事項の全てが「いいえ」 質問事項に1つでも「はい」がある場合はご記入いただけません
① 新規	600 フリガナ	性別	生年月日	年齢	申込人(加入者)からみた続柄	職業・職務名	加入コース(万円) ^(※1)	★告知回答欄																													
② 被保険者追加	氏名	①男 ②女	③昭和 ⑤令和 ④平成 年 月 日 歳	注)	①本人 ②配偶者 ③子ども ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他(同居親族)	VM9 営業 事務 無職 家事従事者 学生 上記以外の具体的な仕事内容	700 300 500 200 100	ご確認いただき、下記の点線に○をしてください。 質問事項の全てが「いいえ」 質問事項に1つでも「はい」がある場合はご記入いただけません																													
① 新規	610 フリガナ	性別	生年月日	年齢	申込人(加入者)からみた続柄	職業・職務名	加入コース(万円) ^(※1)	★告知回答欄																													
② 被保険者追加	氏名	①男 ②女	③昭和 ⑤令和 ④平成 年 月 日 歳	注)	①本人 ②配偶者 ③子ども ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他(同居親族)	VM9 営業 事務 無職 家事従事者 学生 上記以外の具体的な仕事内容	700 300 500 200 100	ご確認いただき、下記の点線に○をしてください。 質問事項の全てが「いいえ」 質問事項に1つでも「はい」がある場合はご記入いただけません																													

(※1) 加入コースの上限は、現在契約中の他の介護保険等の保険金額を合算して700万円が限度となりますので、合計が700万円以下となるコースをご選択ください。合算対象となる他の介護保険等については3ページを確認してください。
(※2) 「他の保険契約等」とは、「傷害保険(死亡保険金)・介護保険」など、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。ただし、傷害保険(死亡保険金)は総額5千万円を超える場合のみご記入願います。
上記告知事項は事実と相違ありません。事実と相違した場合は、保険契約が解除になったり、保険金の支払いを受けられなくても異議を申し立てません。また、「ご加入時における注意事項(告知義務等)」の内容について確認・同意し、ならびに募集文書に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、加入者、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。

合計月払保険料	合計即時追加保険料	バックオフィス使用欄
542 円	0 円	108① 109②

単協コード	生協名	生協使用欄	代理店記入欄
523		受付日 担当者名	受付日 補償開始日 受付者 受付連番
524		年月日	年月日 6年 月 1日

加入依頼書記入例

申込人欄

申込日(告知日)を記入。
 所属生協を選択。
 組合員番号を「右つづめ」で記入。
 保険期間を記入。(中途加入にも対応)
 郵便番号と住所を記入。住所はフリガナも忘れずに。
 氏名、連絡先、生年月日、性別を記入してください。

被保険者欄

新規申込時は特に変更しなくてOK。被保険者を追加する場合、②被保険者追加に○をする。
 申込時の年齢、加入コースから、保険料を記入します。
 他に「傷害死亡」「介護」を補償する保険の内容を記載します。
 すべてが「いいえ」の場合、告知回答欄に○をします。
 5つのコースの内、加入する1つのコースに○をします。
 記入不要です。

コープの介護保険加入依頼書 受付控え ※この「受付控え」は、加入者カードをお届けするまで大切に保管してください。

申込人(加入者)氏名	被保険者1	700 500 300 200 100 万円コース	加入依頼書受付日	事業所名	担当者名
様	被保険者2	700 500 300 200 100 万円コース	年月日		

ご家族の告知について

■ご家族※の「健康状態に関する告知」申込人(加入者)がご家族に代わって、ご署名ください。
 ※申込人(加入者)の
 ① 配偶者(同居・別居とも)
 ② 子ども(同居・別居とも)
 ③ 両親(同居・別居とも)
 ④ 兄弟姉妹(同居・別居とも)
 ⑤ ①～④以外の親族(同居のみ)

告知に関する質問事項

ご確認いただき左記告知回答欄に○をしてください。
 ①告知日(ご記入日)から過去1年以上病気で手術を受けたことや入院(※1)が事実上あり、または、告知日(ご記入日)現在、病気で手術(※2)も入院(※1)(※2)が決まっていますか。
 (※1) 入院には、検査入院、日帰り入院、教育入院を含みます。
 (※2) 医師からすすめられている場合、医師と相談している場合を含みます。
 ②これまでに、医師より以下のいずれか診断されたことがありますか。
 ・がん(悪性新生物をいい、「上皮性新生物」等の悪性腫瘍を含む)
 ・認知症 ・軽度認知障害
 (注1) 悪性新生物の疑いの指摘を受けた場合でも再検査・精密検査の結果がなかった場合については、本項を「いいえ」とご回答ください。
 (注2) 告知日現在、完治されている場合でも診断されたことがある本質問事項は「はい」とご回答ください。
 (注3) 医師より病状・症状の疑いの受け、検査等の結果が判明し合は、結果が判明してからご回答ください。
 ③これまでに、公的介護保険制度・要支援の認定を受けたことありますか(※3)。または現在認定を中]ですか。
 また、告知日(ご記入日)現在、次の行為の際に、頻度を問わずの介助や自分で補助用具(杖など)を使用が必要になることがありますか。
 【歩行・食事・排せつ・入浴・衣類の着脱・公共交通機関を利用するの外出・店での買い物】
 (※3) 過去に認定を受けたことがあっても現在は認定を受けていない場合を含みます。

◆保険期間の開始日より前に発生した傷害などの事由による保険金支払には対象外となる場合があります。詳細は「募集文書」をご確認ください。
 ◆告知に関するご相談はP4「お客さま相談窓口」へご連絡ください。
すべて「いいえ」の場合、ご記入不要です。

【告知に関する質問事項】用語
「手術」とは…
 「内視鏡手術」、「レーザー手術」、新生物温熱療法、「衝撃波による石破砕術」、「ファイバースコープによる血管・バスケットカテーテルによる頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生腫瘍放射線照射」等を含みます。
「悪性新生物」とは…
 「上皮内新生物」、「肉腫」、「白血病」、「リンパ腫」等の悪性しゅようを含みます。
「認知症」とは…
 正常に発達した知的機能が脳内に後生じた器質的な病変または損傷による一般的かつ持続的に低下することをいいます。
「軽度認知障害」とは…
 本人および第三者(家族)から認知症に関する訴えがあり、認知機能は正常範囲内であるが認知症の診断基準を満たさず、軽度認知障害の状態をいいます。

