

2018年度 労災総合保険制度のご案内

— 労働災害総合保険・法定外補償条項付帯 —

従業員の方が、業務上災害または通勤災害によって死亡されたり、後遺障害を被られたり、休業された場合に、政府労災保険の上乗せ補償として、従業員または遺族の方に給付する補償金を保険金として会員にお支払いします。団体保険制度であり、下記のようなメリットがあります。

1. 団体割引により個々に加入するより保険料が割安です。

2. 無記名式で加入手続きが簡単です。

3. 保険料は全額損金処理が可能です。(※)

(※)法改正により変更の可能性もあります。詳しくは税理士等にご確認ください。

<1> 加入対象者

横浜市工業連合会 会員の皆さま

<2> 被保険者

一般社団法人横浜市工業連合会の会員かつ政府労災保険加入事業所(※)

※労働者を一人でも雇用する場合、原則として政府労災保険の加入が義務付けられています。

<3> お支払いする保険金

従業員の方が、業務上災害または通勤災害によって死亡されたり、後遺障害を被られたり、休業された場合に、政府労災保険の上乗せ補償として、従業員または遺族の方に給付する補償金を保険金として会員にお支払いします。

<4> 保険金額

(保険期間1年)

| 死亡補償額 | A | | | | B | | | |
|---------|-------|-------|-----|-------|-------------|-------|-----|-------|
| | 500万円 | | | | 500万円 | | | |
| 後遺障害補償額 | 1級 | 500万円 | 8級 | 200万円 | 1級 | 500万円 | 8級 | 200万円 |
| | 2級 | 500万円 | 9級 | 150万円 | 2級 | 500万円 | 9級 | 150万円 |
| | 3級 | 500万円 | 10級 | 100万円 | 3級 | 500万円 | 10級 | 100万円 |
| | 4級 | 400万円 | 11級 | 50万円 | 4級 | 400万円 | 11級 | 50万円 |
| | 5級 | 350万円 | 12級 | 30万円 | 5級 | 350万円 | 12級 | 30万円 |
| | 6級 | 300万円 | 13級 | 20万円 | 6級 | 300万円 | 13級 | 20万円 |
| | 7級 | 250万円 | 14級 | 10万円 | 7級 | 250万円 | 14級 | 10万円 |
| 休業補償額 | なし | | | | 1日につき2,000円 | | | |

(※)加入パターンA、B型ともに業務災害、通勤災害を補償します。

<5> 保険期間

2018年7月1日午後4時より1年間(中途加入もできます。)

<6> 申込締切日


2018年6月22日(金)

<7> 加入手続き

裏面の見積依頼票に必要な事項をご記入のうえ、FAXください。
取扱代理店より保険料、加入方法をご案内します。

※こちらは概要のご案内となります。詳しい内容については取扱代理店または損保ジャパン日本興亜までお問い合わせください。

引受保険会社

 損害保険ジャパン日本興亜株式会社

お問い合わせ先

横浜中央支店 横浜支社 担当:丸尾 背戸 坂寄
〒221-0052 横浜市神奈川区栄町2-9 東部ヨコハマビル2F
TEL 045-441-0923 (受付時間:平日の午前9時から午後5時まで)

市工連PL事務局(伊澤)行
 <FAX> 045-671-7321

- パンフレットの送付を希望する (部)
 説明が聞きたい
 加入を検討したい

| | | | | | |
|-----|--------------------------|----|----------------------|----|---|
| 依頼人 | フリガナ | | | | |
| | 会社・代表者名 | | | | |
| | フリガナ | | 電話番号 | | |
| | 住所 〒 | | | | |
| | 所属工業会 | | | | |
| | 業種 | | 政府労災の事業種類番号 | | |
| | 工事業以外の方 (事業種類番号41~96) | | 平均被用者数 (常時使用労働者数) | | 人 |
| | 工事業の方 (事業種類番号31~38) | | 完成工事高 | | 円 |
| | 連絡責任者 | 所属 | | 役職 | |
| 氏名 | | | 電話番号 | | |

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン日本興亜公式ウェブサイト
 (<http://www.sink.co.jp>)に掲載の個人情報取扱いに同意します。

<任意>ご加入希望プランに○をしてください。

取扱代理店より保険料見積書をお届けし、本制度を詳細にご説明申し上げます。

| | | |
|----------|------|-------------------------------|
| ご加入希望プラン | | 1事故支払限度額(身体賠償・財物賠償共通) |
| ○欄 | プラン名 | |
| | Aプラン | |
| | Bプラン | 死亡補償500万円 休業補償あり(1日につき2,000円) |