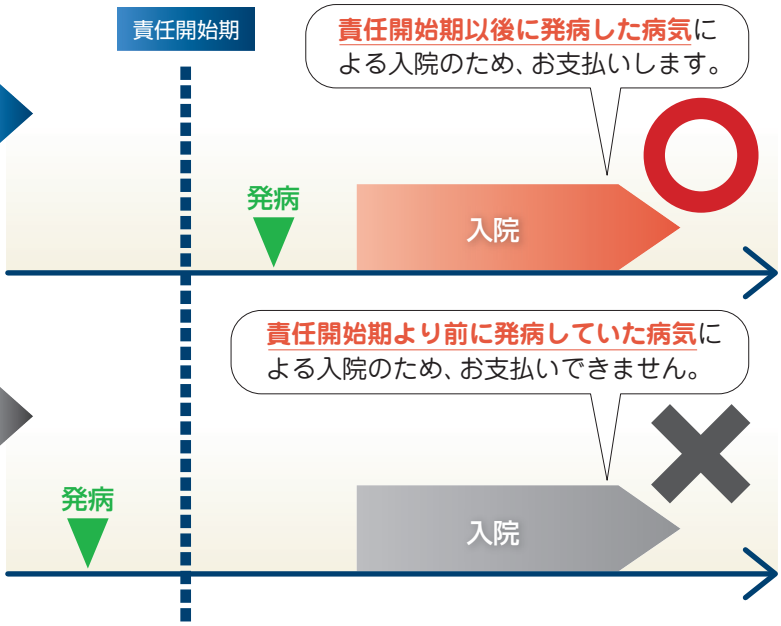
事例 1

責任開始期前の発病

責任開始期から1年後に『椎間板ヘルニア』で入院した場合

お支払いできる場合

ご契約の**責任開始期以後に**『椎間板ヘルニア』を発病した場合。



お支払いできない場合

ご契約の**責任開始期より前に**『椎間板ヘルニア』を発病した場合。

解　説

□**死亡保険金以外の保険金などは、ご契約や特約の責任開始期より前に発病していた病気や責任開始期より前に発生した不慮の事故を原因とする場合にはお支払いできません。この場合、お申込みの際の告知などによって、当社がその疾病や傷害が生じていることを知っていたとしても、同じくお支払いの対象となりません。**

□責任開始期より前にすでに発病していた疾病とは、その疾病およびその疾病と医学上重要な関係にある疾病について、責任開始期より前に次のいずれかがある場合をいいます。

①医師の診療を受けたことがある。
②健康診断等において異常の指摘（要経過観察の指摘を含みます）を受けたことがある。
③被保険者が自覚可能な身体の異常が存在した、または主たる被保険者が認識可能な被保険者の身体の異常が存在した。

□責任開始期から2年経過後に開始した入院などについてはお支払いする場合があります。

約款記載の一例

〈医療保障保険（団体型）普通保険約款〉

第13条（給付金の支払）抜粋

支払事由
被保険者が次の条件のすべてを満たす別表5（約款参照）に定める入院（以下本号において「入院」といいます。）をしたとき （ア）**その被保険者についての責任開始期以後に発生した不慮の事故による傷害または発病した疾病を直接の原因とする**入院であること （イ）傷害または疾病の治療を目的とする入院であること （ウ）**保険期間中に開始した**入院であること （エ）同一の不慮の事故または疾病による保険期間中の入院日数が継続して5日以上となったこと （オ）病院または診療所における入院であること

事例

2 告知義務違反による解除

お支払いできる場合

ご加入前に「血圧が高いこと」について**告知書で正しく告知されて**ご加入し、半年後に『高血圧』を原因とする『脳卒中』で亡くなられた場合。

ご加入に際して、告知義務違反がないため、

死亡保険金をお支払いします

お支払いできない場合

「肝硬変で通院中であること」について、**告知書で正しく告知されず**にご加入し、その半年後に『肝硬変』を原因とする『肝臓がん』で亡くなられた場合。

告知義務違反によりご契約の当該被保険者にかかる部分は解除となり、

死亡保険金はお支払いできません

解　説

□ご加入・増額または復活の際、故意または重大な過失によって事実を告知しなかったり、事実と異なることを告知した場合には、責任開始期（復活の場合は復活の際の責任開始期）から1年（団体信用生命保険など商品によっては2年、以下同様）以内であれば保険契約または保険契約の当該被保険者にかかる部分を解除し、保険金などをお支払いできないことがあります。（責任開始期から1年を経過していても、1年以内に保険金などの支払事由が発生していた場合には、保険契約または保険契約の当該被保険者にかかる部分を解除することがあります。）

□死亡や入院などが解除の原因となった事実によらなかったときは、保険金などをお支払いします。

□生命保険会社の職員が、お客さまの告知に際し、事実を告知することを妨げたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧めたときは、当社はご契約を解除することはできません。

約款記載の一例

〈団体定期保険普通保険約款〉

第28条（告知義務違反による解除）抜粋

保険契約者が、**故意または重大な過失によって、第8条（告知義務）の規定により当会社が告知を求めた事項について、事実を告げなかったかまたは事実でないことを告げた場合**には、当会社は、将来に向ってその告知を求めた事項の内容に応じてこの保険契約またはこの保険契約のその被保険者に対する部分を解除することができます。

②被保険者が、**故意または重大な過失によって、第8条の規定により当会社が告知を求めた事項について、事実を告げなかったかまたは事実でないことを告げた場合**には、当会社は、将来に向ってこの保険契約のその被保険者に対する部分を解除することができます。

③保険金の支払事由が生じた後においても、当会社は、前2項の規定によってこの保険契約またはこの保険契約のその被保険者に対する部分を解除することができます。この場合には**保険金を支払いません**。また、既に保険金を支払っているときには、当会社は、その返還を請求できます。

事例 3

高度障害保険金のお支払い
（高度障害状態）

お支払いできる場合

6か月前に、『くも膜下出血』を発症し、その時から意識不明が続いている。寝たきりの状態で、身の回りのことを自分でできない。様々な検査の結果、現在の症状は今後回復の見込みがないと主治医により診断されている場合。

「終身常に介護を要するもの」に該当するため、

高度障害保険金をお支払いします

○

お支払いできない場合

『脳梗塞』による後遺症のため、左半身が完全にまひしてしまった（左半身不随）が、6か月間のリハビリテーションによって、杖を使って歩行ができるようになった。食事や入浴なども部分的に介助を要するものの、現在身の回りのことはほぼ自分でできる状態の場合。

食事や入浴などに部分的な介助が必要なものの、身の回りのことはほぼ自分でできき、「終身常に介護を要するもの」には該当しないため、

高度障害保険金はお支払いできません

×

解　説

□「常に介護を要するもの」とは、日常生活動作である①食物の摂取、②排便、③排尿、④排便および排尿の後始末、⑤衣服の着脱、⑥起居（横になった状態から起き上がって座位を保つこと）、⑦歩行、⑧入浴の**いずれもが、自力で行うことができないために常に他人の介護を要する状態**をいいます。

□リハビリ・手術などにより障害状態が回復する可能性がある場合は、経過をみさせていただくことがあります。

□「高度障害保険金の支払対象となる高度障害状態」は**公的な身体障害者認定基準などとは要件が異なります**。また、働けない状態であることと高度障害状態とは直接的には関係しません。

約款記載の一例

〈団体定期保険普通保険約款〉

別表（対象となる高度障害状態）

3. 中枢神経系または精神に著しい障害を残し、**終身常に介護を要するもの**

備考（抜粋）

1. 常に介護を要するもの

「常に介護を要するもの」とは、食物の摂取、排便・排尿・その後始末、および衣服着脱・起居・歩行・入浴のいずれもが自分ではできず、常に他人の介護を要する状態をいいます。

《補足》高度障害保険金のお支払いについて

被保険者がご契約の責任開始期以後の傷害または疾病によって保険期間中に次に定める高度障害状態のいずれかになった場合に、高度障害保険金をお支払いします。

高度障害保険金の支払対象となる高度障害状態

(1)両眼の視力を全く永久に失ったもの

・視力の測定は、万国式試視力表により、1眼ずつ、きょう正視力について測定します。
・「視力を全く永久に失ったもの」とは、視力が0.02以下になって回復の見込のない場合をいいます。
・視野狭さくおよび眼瞼下垂(がんけんかすい)による視力障害は視力を失ったものとはみなしません。

(2)言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの

・「言語の機能を全く永久に失ったもの」とは、次の3つの場合をいいます。
①語音構成機能障害で、口唇音、歯舌音、口蓋音、こう頭音の4種のうち、3種以上の発音が不能となり、その回復の見込のない場合
②脳言語中枢の損傷による失語症で、音声言語による意思の疎通が不可能となり、その回復の見込のない場合
③声帯全部のてき出により発音が不能な場合
・「そしゃくの機能を全く永久に失ったもの」とは、流動食以外のものは摂取できない状態で、その回復の見込のない場合をいいます。

(3)中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの

(4)胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの

・「常に介護を要するもの」とは、①食物の摂取、②排便、③排尿、④排便および排尿の後始末、⑤衣服の着脱、⑥起居(横になった状態から起き上がって座位を保つこと)、⑦歩行、⑧入浴のいずれもが、自力で行うことができないため、常に他人の介護を要する状態で、その回復の見込のない場合をいいます。

(5)両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの

(6)両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの

(7)1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの

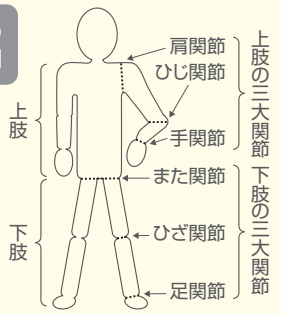
(8)1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの

・「上・下肢の用を全く永久に失ったもの」とは、完全にその運動機能を失ったものをいい、上・下肢の完全運動まひ、または上・下肢においてそれぞれ3大関節(上肢においては肩関節、ひじ関節および手関節、下肢においてはまた関節、ひざ関節および足関節)の完全強直で、回復の見込のない場合をいいます。
(※)「1上肢を手関節以上で失ったもの」「1下肢を足関節以上で失ったもの」とは関節が亡失(欠損)した状態をいいます。

用語の解説・補足・部位の説明

「きょう正視力」:眼鏡、コンタクトレンズなどを用いた場合の視力です。
「視野狭さく」:視野が欠け、狭くなることをいいます。
「眼瞼下垂」:まぶたが十分に開かない状態によるものです。
「口唇音」:バ行・パ行・マ行・ワ行・フです。
「歯舌音」:サ行・ザ行・ナ行・タ行・ダ行・ラ行・シ・シュ・ジュです。
「口蓋音」:カ行・ガ行・ヤ行・ヒ・ニュ・ギュ・ンです。
「こう頭音」:ハ行です。
「1上肢」:左右いずれかの腕全体をいいます。
「1下肢」:左右いずれかの脚全体をいいます。
「流動食」:「液体」または「おも湯」です。かゆ食は含まれません。
「完全運動まひ」:まひにより全く動かすことができない状態です。
「関節の完全強直」:関節が全く動かなくなった状態です。

部位の説明



留意事項

■片まひ(右半身まひ、左半身まひ)のみの場合は、「高度障害保険金の支払対象となる高度障害状態」の(7)および(8)には該当しません。

事例 4

日帰り入院

※医療保障保険（団体型）についてはP35 ～ P38をご確認ください。

お支払いできる場合

「K282 水晶体再建術」を受け、しばらくベッドで安静にした後、その日のうちに帰宅したが、**1日分の入院料（入院基本料）を病院に支払った**場合。

「日帰り入院」に該当するため、

入院給付金をお支払いします

お支払いできない場合

「K282 水晶体再建術」を受けたが、その日のうちに帰宅し、**入院料（入院基本料）を病院に支払っていない**場合。

入院していないため、

入院給付金はお支払いできません

解　説

□「日帰り入院」とは、入院日と退院日が同一の日である場合のことです。お支払いの対象となる「入院」に該当するかどうかは、「入院基本料」の支払いの有無（医療機関の領収書で確認）などを参考に当社が判断します。なお、「入院基本料」ではなく、「短期滞在手術等基本料１」の支払いがある場合は、お支払いの対象となる「入院」に該当しません。

□手術後に休憩室・回復室・診察ベッドなどで安静を取られたとしても、外来扱いの場合は、入院給付金・医療一時給付金などはお支払いできません。

ご注意

日帰り入院の保障は、新医療保障保険（団体型）・医療保障一時金保険・無配当団体医療一時金保険（2022）に限ります。

約款記載の一例

〈新医療保障保険（団体型）普通保険約款〉

第13条（給付金の支払）抜粋

支払事由
被保険者が次の条件のすべてを満たす入院をしたとき ～中略～ （4）その入院の日数が、（1）の傷害または疾病の治療を目的として保険期間中に**1日以上**となったこと ～以下略～

備考

2. 入院の日数が1日となる入院

入院の日数が1日となる入院については、別表3に定める**入院の入院日と退院日が同一の日である場合で、入院基本料の支払の有無などを参考にして判断します。**

事例

5 複数回の入院

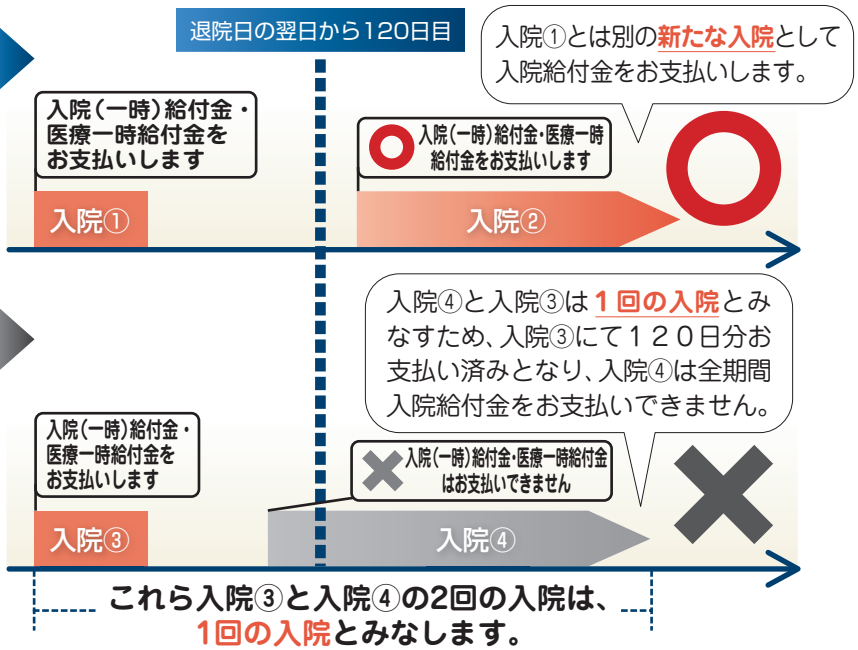
※医療保障保険（団体型）についてはP35 ～ P38をご確認ください。

お支払いできる場合

病気により、**120日以上**入院後、退院日の翌日から数えて**120日経過後**に、ケガを原因として入院した場合。

お支払いできない場合

病気により、**120日以上**入院後、退院日の翌日から数えて**120日以内**に、ケガを原因として入院した場合。



解　説

□複数回入院した場合、**入院給付金をお支払いする最終の入院の退院日の翌日から数えて１２０日以内に開始した入院は、それらの入院が同一の原因によるものであるか否かにかかわらず、１回の入院とみなします。例えば、それぞれの入院の原因が病気とケガであった場合でも「1回の入院」とみなします。**

□新医療保障保険（団体型）において**保険契約の型が「1型」の場合、1回の入院について入院一時給付金（入院給付金日額の５倍の金額）を1回お支払いします。**

□上記事例の入院給付金と入院一時給付金・医療一時給付金のお支払いは以下のとおりです。どの商品でどの給付金をお支払いするかはP8をご確認ください。

【入院給付金】
- 入院②は、入院①の退院日の翌日から数えて１２０日経過後に入院を開始しているため、新たな入院となります。入院①・入院②ともそれぞれ支払限度までお支払いの対象となります。
- 入院④は、入院③の退院日の翌日から数えて１２０日以内に入院を開始しているため、１回の入院とみなします。入院③にて支払限度までお支払い済みとなり、入院④は全期間お支払いできません。

【入院一時給付金・医療一時給付金】
- 入院②は新たな入院であるため、入院①と入院②でそれぞれ入院一時給付金・医療一時給付金をお支払いします。
- 入院③と入院④は、あわせて1回の入院とみなしますので、入院一時給付金・医療一時給付金のお支払いは1回のみとなります。

約款記載の一例

〈新医療保障保険（団体型）普通保険約款〉

第14条（入院給付金の支払に関する補則）抜粋

②被保険者が前条の入院給付金の**支払事由に該当する入院**を２回以上した場合には、**それらの入院が同一の原因によるものであるか否かにかかわらず、１回の入院とみなし、各入院について日数を合算して**前条の入院給付金の支払に関する規定を適用します。ただし、入院給付金が支払われることとなった**最終の入院の退院日の翌日からその日を含めて120日を経過して開始した入院については、新たな入院として**前条の入院給付金の支払に関する規定を適用します。

第18条（入院一時給付金の支払に関する補則）抜粋

②入院一時給付金の支払回数の限度は次の各号のとおりとします。

（1）１回の入院についての入院一時給付金の支払は１回限りとします。また、次のいずれかに該当する場合についても、それらの入院を通じて入院一時給付金の支払は１回限りとします。

（ア）入院を２回以上した場合で、第14条(入院給付金の支払に関する補則)第２項の規定により１回の入院とみなされるとき

〈無配当団体健康診断割引付医療保障一時金保険（団体型）普通保険約款〉

第13条（医療一時給付金の支払に関する補則）

①被保険者が前条の医療一時給付金の支払事由に該当する入院を２回以上した場合には、次のとおり取り扱います。

（1）それらの入院が同一の原因によるものであるか否かにかかわらず、１回の入院とみなし、前条の医療一時給付金の支払に関する規定を適用します。

（2）前号の規定にかかわらず、医療一時給付金が支払われることとなった最初の入院の退院日の翌日からその日を含めて120日を経過して開始した入院については、別の入院とします。

事例 6

お支払いの対象となる手術、ならない手術

※医療保障保険（団体型）についてはP35 ～ P38をご確認ください。

お支払いできる場合

大腸ポリープ疑いで内視鏡検査を受けた結果、ポリープが見つかり「K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術」を受けた場合。

公的医療保険制度が適用される手術（※1）のため、

手術給付金をお支払いします

○

お支払いできない場合

大腸ポリープ疑いで内視鏡検査を受けた結果、ポリープは見つからず手術をしなかった場合。

検査のみで手術を受けていないため、

手術給付金はお支払いできません

×

（※1）2022年4月現在

解　説

□手術を受けた時点で、つぎの（1）（2）いずれかの手術に該当する場合、手術給付金をお支払いします。

（1）公的医療保険制度における「医科診療報酬点数表」において、「手術料」の算定対象として列挙されている手術。ただし、下記の手術は除きます。

【お支払いできない手術】
・創傷処理　・皮膚切開術　・デブリードマン　・骨または関節の非観血的整復術、非観血的整復固定術および非観血的授動術　・涙点プラグ挿入術　・鼻腔粘膜焼灼術、下甲介粘膜焼灼術および高周波電気凝固法による鼻甲介切除術　・抜歯手術

＊歯科医師のみが行うことができる手術（歯科診療報酬点数表にのみ手術料の算定対象として列挙されている手術）や医科診療報酬点数表において「処置料」「検査料」の算定対象となる診療行為はお支払いできません。

（2）先進医療に該当する手術（※2）

（※2）手術を受けた時点で、先進医療ごとに厚生労働大臣が定める適応症（対象となる病気・ケガ・それらの症状）に対し、厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所で受けた「厚生労働大臣が定める先進医療」に該当する手術がお支払いの対象となります。なお、診断および検査を直接の目的とした診療などはお支払いの対象となりません。対象となる先進医療技術やその適応症については、当社ホームページ（https://www.dai-ichi-life.co.jp/）の「先進医療情報ステーション」をご覧ください。（サイト内検索もご利用ください。）

□新医療保障保険（団体型）の手術給付金額は、手術の種類や内容にかかわらず、入院中に受けた場合には入院給付金日額の20倍、外来で受けた場合は5倍をお支払いします。手術後に休憩室・回復室・診察ベッドなどで安静を取られたとしても、外来扱いの場合は、お支払額は入院給付金日額の5倍となります。

ご注意

・無配当団体医療一時金保険（2022）には外来の手術の保障はありますが、入院中の手術の保障はありません。

約款記載の一例

〈新医療保障保険（団体型）普通保険約款〉

第13条（給付金の支払）抜粋

支払事由
被保険者がその被保険者についての責任開始期以後に発生した不慮の事故による傷害または発病した疾病の治療を直接の目的として、保険期間中に別表2に定める病院または診療所（患者を収容する施設を有しない診療所を含みます。）において、次の（1）または（2）のいずれかに該当する手術を受けたとき （1）その手術が、入院給付金が支払われる入院中に受けたつぎの（ア）または（イ）のいずれかに該当する手術であること （ア）別表1に定める**公的医療保険制度における別表4に定める医科診療報酬点数表（以下「医科診療報酬点数表」といいます。）に、手術料の算定対象として列挙されている診療行為（別表1に定める公的医療保険制度における別表5に定める歯科診療報酬点数表（以下「歯科診療報酬点数表」といいます。）に手術料の算定対象として列挙されている診療行為のうち医科診療報酬点数表においても手術料の算定対象として列挙されてい**

る診療行為を含みます。)。ただし、次に定めるものに該当するものを除きます。
(a)創傷処理　(b)皮膚切開術　(c)デブリードマン
(d)骨または関節の非観血的整復術、非観血的整復固定術および非観血的授動術　(e)涙点プラグ挿入術
(f)鼻腔粘膜焼灼術、下甲介粘膜焼灼術および高周波電気凝固法による鼻甲介切除術　(g)抜歯手術
(イ)別表6に定める先進医療に該当する診療行為(診断および検査を直接の目的とした診療行為ならびに注射、点滴、全身的薬剤投与、局所的薬剤投与、放射線照射および温熱療法による診療行為を除きます。)
(2)その手術が、入院給付金が支払われる入院中以外に受けた(1)の(ア)または(イ)のいずれかに該当する手術であること

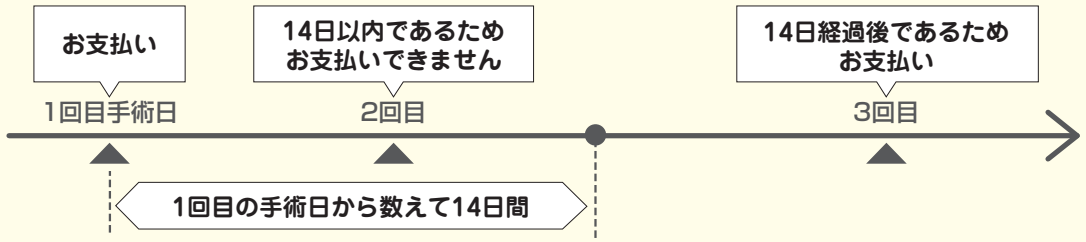
新医療保障保険(団体型)で、給付金のお支払い回数などに制限がある代表例

【手術給付金】

□一定期間内に同一の手術を複数回受けても、手術給付金は1回のみのお支払いとなる場合

以下に該当する手術は、最初に手術を受けた日から数えて14日の間に同一の手術を複数回受けた場合、手術給付金の金額が最も高い1つの手術についてのみ、手術給付金をお支払いします。金額が同じ場合は、いずれか1回のお支払いとなります。
・医科診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して受けた場合でも手術料が1回のみ算定される手術(※1・2)
・先進医療に該当する手術
(※1)手術を受けた時点の医科診療報酬点数表が適用されます。
(※2)2022年4月現在、網膜光凝固術、体外衝撃波腎・尿管結石破砕術などの手術が該当します。(医科診療報酬点数表の改定により変更されることがあります。)

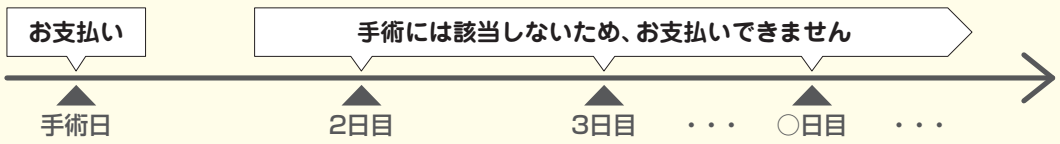
■(例)右腎結石に対する体外衝撃波結石破砕術を外来で複数回受けた場合



□手術料が1日につき算定される診療行為を受けた場合

医科診療報酬点数表において手術料が1日につき算定される診療行為(※1・2)を2日以上にわたって受けた場合、2日目以降も1日につき手術料が算定されますが、初日に受けた診療行為が手術に該当するため、手術給付金は初日のみお支払いします。
(※1)手術を受けた時点の医科診療報酬点数表が適用されます。
(※2)2022年4月現在、大動脈バルーンパンピング法、人工心肺などが該当します。(医科診療報酬点数表の改定により変更されることがあります。)

■(例)急性心筋梗塞で大動脈バルーンパンピング法を受けた場合



【放射線治療給付金】

□放射線を常時照射する治療を受けた場合

放射性物質の体内への埋込などにより放射線を絶えず照射し続ける治療(※)を2日以上にわたって継続して受けられたときは、治療の開始から終了までを1回の放射線治療として放射線治療給付金をお支払いします。
(※)密封小線源永久挿入療法などが該当します。

□放射線治療を複数回受けても、放射線治療給付金は1回のみのお支払いとなる場合

お支払いの対象となる放射線治療を複数回受けた場合、放射線治療給付金が支払われることとなった直前の放射線治療を受けた日から数えて60日間については、1回のみ放射線治療給付金をお支払いします。

事例 7

不妊治療について

※医療保障保険（団体型）についてはP35 ～ P38をご確認ください。

2022年診療報酬改定に伴い、一部の不妊治療が新たに公的医療保険制度における「手術料」の算定対象となりました。2022年４月１日以降にこの算定対象となる不妊治療を受けられた場合には、手術給付金のご請求対象となります。

お支払いできる場合

不妊症のため「K884-2 人工授精」をした場合。
（**手術料**(※1)**を医療機関へ支払った**場合）

公的医療保険制度が適用される手術(※2)のため、

（外来）手術給付金をお支払いします ○

お支払いできない場合

不妊症に関する検査および投薬治療を受けた場合。

公的医療保険制度が適用される手術(※2)ではないため、

（外来）手術給付金はお支払いできません ×

※1 公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に定める「手術」の費用
※2 2022年4月現在

解　説

□**女性の場合**、主な治療として、「K890-4 採卵術」「Ｋ844-2 人工授精（ＡＩＨ）」「K884-3 胚移植術（ＥＴ）」などがご請求対象となります。受精卵の管理に伴い、「K917 体外受精・顕微授精管理料」「Ｋ917－2 受精卵・胚培養管理料」「Ｋ917－3 胚凍結保存管理料」などが発生した場合もご請求対象となります。

□**男性の場合**、主な治療として、「Ｋ838－2 精巣内精子採取術（ＴＥＳＥ）」などがご請求対象となります。

□不妊治療に対する給付金を請求できる回数や年齢に制限はありません。

□自費で不妊治療を受けた場合でも、公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に手術料の算定対象として列挙されている診療行為と同等の診療行為で、かつ「不妊症」の治療目的で施行されたものであれば、お支払いの対象となる可能性がありますのでご請求ください。

（2024年8月現在）

ご注意

□2つ以上の不妊治療を同日に受けられた場合は、手術給付金は1回のみのお支払いとなります。

□以下の場合はご請求の対象とはなりません。
・責任開始日前に「不妊症」と診断され、責任開始日から2年以内に不妊治療を受けられた場合
・2022年4月1日より前に受けた不妊治療

□手術の施行日や手術の原因となった傷病名を確認するため、責任開始期から２年経過後に開始した手術であっても診断書の提出が必要です。治療内容報告書ではお取扱いできません。

□管理料については「算定日」ではなく、「管理開始日」をご担当医に証明いただくようお願いいたします。

□最終的なお支払可否は、ご提出いただいた診断書で判断させていただくこととなりますので、お支払いを確約するものではありません。

□無配当団体医療一時金保険（2022）にご加入の場合、入院中に受けた不妊治療は「外来手術給付金」のお支払いの対象とはなりません。

□短期入院・手術給付金特約におきましては、お支払いの条件が異なりますので、P14、15、38を参照ください。

事例 8

入院日数の条件

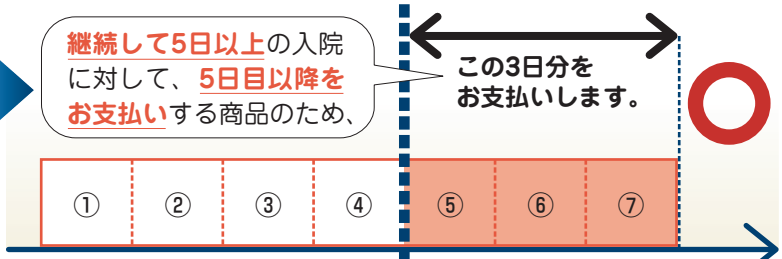
医療保障保険（団体型）の入院給付金の場合

お支払いできる場合

病気により、たとえば継続して**7日間**入院した場合。

継続して5日以上の入院に対して、**5日目以降をお支払い**する商品のため、

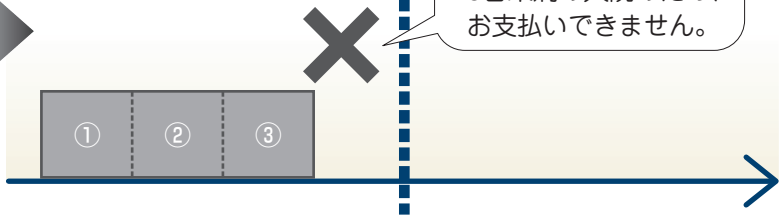
この3日分をお支払いします。



お支払いできない場合

病気により、たとえば継続して**3日間**入院した場合。

5日未満の入院のため、お支払いできません。



解　説

□入院給付金をお支払いする**商品（特約）**はいくつかの種類がありますが、いずれも約款で最低限必要な入院日数を定めています。

□約款で定める日数に満たない入院については、入院給付金はお支払いできません。（ただし、転入院または再入院した場合で、前回退院後、今回入院までの期間が30日以内の場合、継続した1回の入院とみなす場合があります。）

□**給付の対象となる入院をした場合でも、商品（特約）によって不担保日数の有無が異なり、お支払いする日数が相違します。**

入院5日目から支払われるもの		・医療保障保険（団体型） ・拠出型団体定期保険入院保障特約　など
入院初日から支払われるもの	5日以上の入院が条件	・団体定期保険災害保障特約 ・総合福祉団体定期保険災害総合保障特約　など
	継続2日以上の入院が条件	・医療保障保険（団体型）短期入院・手術特約
	1日以上の入院が条件（※）	・新医療保障保険（団体型）・医療保障一時金保険

（※）1日以上の入院には、「入院の日数が1日となる入院」を含みます。「入院の日数が1日となる入院」は入院基本料の支払の有無などを参考に判断し、外来扱いであるものはお支払いできません。

ご注意

上記「お支払いできない場合」の事例であっても、「短期入院・手術特約が付加されている場合」や「新医療保障保険（団体型）」は、約款で定める入院日数の条件を満たすため、3日分の（短期）入院給付金をお支払いします。

約款記載の一例

〈医療保障保険（団体型）普通保険約款〉

第13条（給付金の支払）抜粋

支払事由	支払金額
被保険者が次の条件のすべてを満たす別表5（約款参照）に定める入院（以下本号において「入院」といいます。）をしたとき ～中略～ （エ）同一の不慮の事故または疾病による保険期間中の入院日数が**継続して5日以上**となったこと ～以下略～	（その被保険者について定められた入院給付金日額） × **（入院日数－入院開始日からその日を含めての4日）**

事例 9

同じ病気での複数回の入院

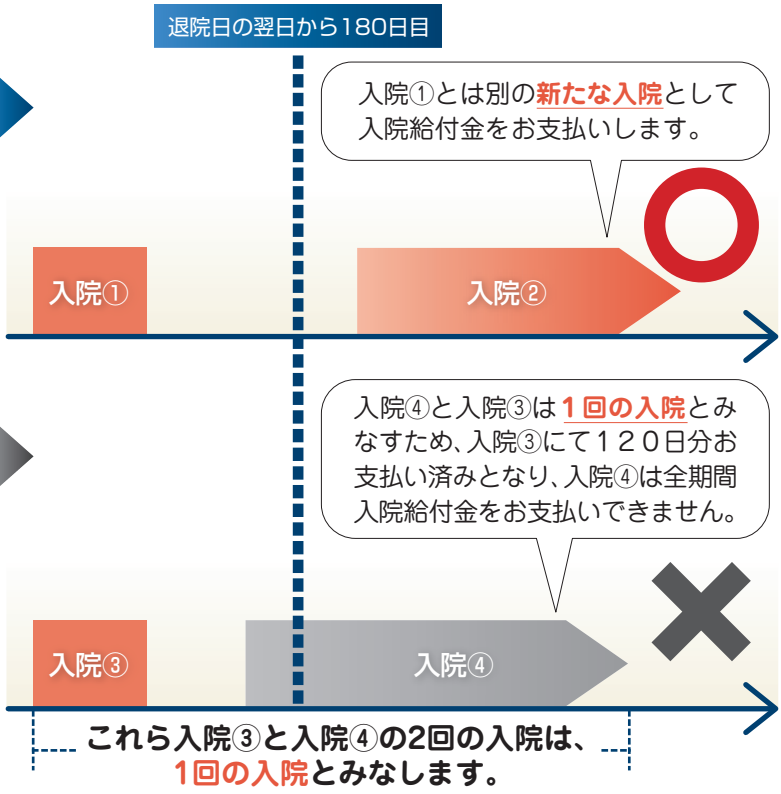
医療保障保険（団体型）の入院給付金の場合

お支払いできる場合

病気により、**124日以上**入院後、退院日の翌日から数えて**180日経過後**に、同じ病気で再入院した場合。

お支払いできない場合

病気により、**124日以上**入院後、退院日の翌日から数えて**180日以内**に、同じ病気で再入院した場合。



解　説

□同じ病気で複数回入院した場合でも、以下のケースでは１回の入院とみなします。

・同じ病気により複数回入院した場合、**入院給付金をお支払いする最終の入院の退院日の翌日から数えて１８０日以内に開始した入院は、１回の入院とみなします。**

□上記事例の入院給付金のお支払いは以下のとおりです。

・入院②は、入院①の退院日の翌日から数えて１８０日経過後に入院を開始しているため、新たな入院となります。入院①・入院②ともそれぞれ支払限度までお支払いの対象となります。

・入院④は、入院③の退院日の翌日から数えて１８０日以内に入院を開始しているため、１回の入院とみなします。入院③にて支払限度までお支払い済みとなり、入院④は全期間お支払いできません。

約款記載の一例

〈医療保障保険（団体型）普通保険約款〉

第13条（給付金の支払）抜粋

③入院給付金の支払については、第1項の規定（約款参照）によるほか、次の各号に定めるところによります。

～中略～

（3）被保険者が入院給付金の**支払事由に該当する入院**を2回以上し、かつ、それぞれの入院の直接の原因となった不慮の事故による傷害または疾病が同一かまたは医学上重要な関係があると当会社が認めたときは、**1回の入院とみなして**第1項および本項の規定を適用します。ただし、入院給付金が支払われることとなった**最終の入院の退院日の翌日から起算して180日経過後に開始した入院については新たな入院とみなします。**

事例 10

お支払いの対象となる手術、ならない手術

お支払いできる場合

『近視』を矯正するため、レーシック手術（レーザー屈折矯正手術）を受けた場合。

対象となる手術に該当するため、

手術給付金をお支払いします

お支払いできない場合

『慢性扁桃炎』のため、「K377 口蓋扁桃手術」（扁桃を摘出する手術）を受けた場合。

対象となる手術に該当しないため、

手術給付金はお支払いできません

解　説

□医療保障保険（団体型）短期入院・手術特約の手術給付金は、約款の「対象となる手術および給付倍率表」に定める手術を受けた場合にお支払いします。

□以下は、約款の「対象となる手術および給付倍率表」に定める手術ではないため、手術給付金はお支払いできません。

〈お支払いできない手術の代表例〉
- 扁桃炎に対する扁桃摘出術
- 手指や足指の骨折に対する手術
- 良性の子宮頸管ポリープ切除術

手術給付金の対象となる手術および給付倍率表

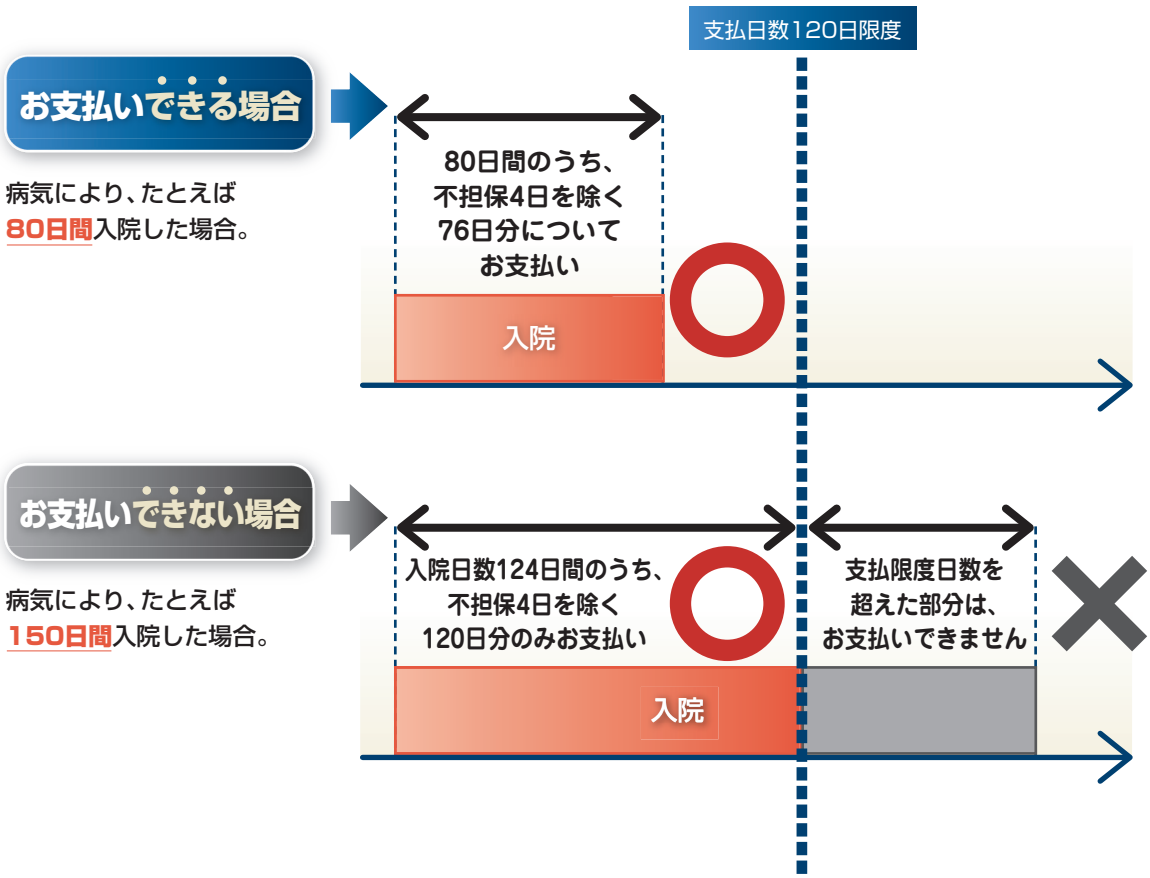
「手術」とは、治療を直接の目的として、器具を用い、生体に切断、摘除などの操作を加えることをいい、下表の手術番号1～88を指します。
吸引、穿刺などの処置および神経ブロックは除きます。

手術番号		手術の種類	給付倍率
皮膚・乳房の手術	1	植皮術（25cm^{2}未満は除く。）	20
	2	乳房切断術	20
筋骨の手術（抜釘術は除く。）	3	骨移植術	20
	4	骨髄炎・骨結核手術（膿瘍の単なる切開は除く。）	20
	5	頭蓋骨観血手術（鼻骨・鼻中隔を除く。）	20
	6	鼻骨観血手術（鼻中隔弯曲症手術を除く。）	10
	7	上顎骨・下顎骨・顎関節観血手術（歯・歯肉の処置に伴うものを除く。）	20
	8	脊椎・骨盤観血手術	20
	9	鎖骨・肩胛骨・肋骨・胸骨観血手術	10
	10	四肢切断術（手指・足指を除く。）	20
	11	切断四肢再接合術（骨・関節の離断に伴うもの。）	20
	12	四肢骨・四肢関節観血手術（手指・足指を除く。）	10
	13	筋・腱・靱帯観血手術（手指・足指を除く。筋炎・結節腫・粘液腫手術は除く。）	10
呼吸器・胸部の手術	14	慢性副鼻腔炎根本手術	10
	15	喉頭全摘除術	20
	16	気管・気管支・肺・胸膜手術（開胸術を伴うもの。）	20
	17	胸郭形成術	20
	18	縦隔腫瘍摘出術	40
循環器・脾の手術	19	観血的血管形成術（血液透析用外シャント形成術を除く。）	20
	20	静脈瘤根本手術	10
	21	大動脈・大静脈・肺動脈・冠動脈手術（開胸・開腹術を伴うもの。）	40
	22	心膜切開・縫合術	20
	23	直視下心臓内手術	40
	24	体内用ペースメーカー埋込術	20
	25	脾摘除術	20
消化器の手術	26	耳下腺腫瘍摘出術	20
	27	顎下腺腫瘍摘出術	10
	28	食道離断術	40
	29	胃切除術	40
	30	その他の胃・食道手術（開胸・開腹術を伴うもの。）	20
	31	腹膜炎手術	20
	32	肝臓・胆嚢・胆道・膵臓観血手術	20
	33	ヘルニア根本手術	10
	34	虫垂切除術・盲腸縫縮術	10
	35	直腸脱根本手術	20
	36	その他の腸・腸間膜手術（開腹術を伴うもの。）	20
	37	痔瘻・脱肛・痔核根本手術（根治を目的としたもので、処置・単なる痔核のみの手術は除く。）	10
尿・性器の手術	38	腎移植手術（受容者に限る。）	40
	39	腎臓・腎盂・尿管・膀胱観血手術（経尿道的操作は除く。）	20
	40	尿道狭窄観血手術（経尿道的操作は除く。）	20
	41	尿瘻閉鎖観血手術（経尿道的操作は除く。）	20
	42	陰茎切断術	40
	43	睾丸・副睾丸・精管・精索・精嚢・前立腺手術	20
	44	陰嚢水腫根本手術	10
	45	子宮広汎全摘除術（単純子宮全摘などの子宮全摘除術は除く。）	40
尿・性器の手術	46	子宮頸管形成術・子宮頸管縫縮術	10
	47	帝王切開娩出術	10
	48	子宮外妊娠手術	20
	49	子宮脱・膣脱手術	20
	50	その他の子宮手術（子宮頸管ポリープ切除術・人工妊娠中絶術を除く。）	20
	51	卵管・卵巣観血手術（経膣的操作は除く。）	20
	52	その他の卵管・卵巣手術	10
内分泌器の手術	53	下垂体腫瘍摘除術	40
	54	甲状腺手術	20
	55	副腎全摘除術	20
神経の手術	56	頭蓋内観血手術	40
	57	神経観血手術（形成術・移植術・切除術・減圧術・開放術・捻除術。）	20
	58	観血的脊髄腫瘍摘出手術	40
	59	脊髄硬膜内外観血手術	20
感覚器・視器の手術	60	眼瞼下垂症手術	10
	61	涙小管形成術	10
	62	涙嚢鼻腔吻合術	10
	63	結膜嚢形成術	10
	64	角膜移植術	10
	65	観血的前房・虹彩・硝子体・眼窩内異物除去術	10
	66	虹彩前後癒着剥離術	10
	67	緑内障観血手術	20
	68	白内障・水晶体観血手術	20
	69	硝子体観血手術	10
	70	網膜剥離症手術	10
	71	レーザー・冷凍凝固による眼球手術（施術の開始日から60日の間に1回の給付を限度とする。）	10
	72	眼球摘除術・組織充填術	20
	73	眼窩腫瘍摘出術	20
	74	眼筋移植術	10
感覚器・聴器の手術	75	観血的鼓膜・鼓室形成術	20
	76	乳様洞削開術	10
	77	中耳根本手術	20
	78	内耳観血手術	20
	79	聴神経腫瘍摘出術	40
悪性新生物の手術	80	悪性新生物根治手術（ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器手術を除く。）	40
	81	悪性新生物温熱療法（施術の開始日から60日の間に1回の給付を限度とする。）	10
	82	その他の悪性新生物手術（ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器手術を除く。）	20
上記以外の手術	83	上記以外の開頭術	20
	84	上記以外の開胸術	20
	85	上記以外の開腹術	10
	86	衝撃波による体内結石破砕術（施術の開始日から60日の間に1回の給付を限度とする。）	20
	87	ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器手術（検査・処置は含まない。施術の開始日から60日の間に1回の給付を限度とする。）	10
新生物根治放射線照射	88	新生物根治放射線照射（50グレイ以上の照射で、施術の開始日から60日の間に1回の給付を限度とする。）	10

事例 11

1回の入院に対する支払限度日数

医療保障保険（団体型）の入院給付金の場合



解　説

入院給付金をお支払いする商品（特約）には、約款で1回の入院に対してお支払いできる限度日数を定めており、その日数を超えた部分の入院についてはお支払いできません。商品（特約）によってその限度日数は異なりますので、8～21ページ「団体保険の保障内容」をご確認ください。

約款記載の一例

〈医療保障保険（団体型）普通保険約款〉

第13条（給付金の支払）抜粋

③入院給付金の支払については、第1項の規定（約款参照）によるほか、次の各号に定めるところによります。
～中略～
（5）入院給付金の支払限度は、次のとおりとします。
（ア）1回の入院についての支払限度は、支払日数（入院給付金を支払う日数をいいます。以下本号において同じとします。）120日とします。
（イ）通算支払限度は、それぞれの被保険者について、支払日数を通算して700日とします。

事例 12

3大疾病「悪性新生物（がん）」

3大疾病（サポート）保険金は、悪性新生物（がん）、急性心筋梗塞、脳卒中と医師に診断され、約款に定める状態に該当する場合に支払われます。以下では悪性新生物（がん）について説明します。

お支払いできる場合

病理組織診断の結果、『**骨肉腫**』や『**悪性リンパ腫**』であった場合。

約款に定める状態に該当したがんのため、

3大疾病（サポート）保険金をお支払いします ○

お支払いできない場合

病理組織診断の結果、『子宮頸部の**上皮内がん**』や『乳房の**非浸潤がん**』であった場合。

上皮内がん（非浸潤がんを含みます。）は約款所定のがんではないため、

3大疾病（サポート）保険金はお支払いできません 原則 ×

（※）上皮内がん（非浸潤がんを含みます。）と診断されても、お支払いできる場合があります。以下の「ご注意」欄をご確認ください。

解　説

□がん（肉腫や白血病などを含みます。）と診断確定され、かつ**約款に定める状態に該当した場合**に3大疾病（サポート）保険金をお支払いします。

□約款に定める状態に該当した場合とは、以下の条件をすべて満たす状態をいいます。

・上皮内がん（非浸潤がんを含みます。）ではないこと
・皮膚がん（皮膚の悪性黒色腫は除きます。）ではないこと
・がんと診断確定された日が、特約の責任開始日からその日を含めて90日経過した後であること

□責任開始期前にがんと診断確定されている場合は、再発・転移にかかわらず、お支払いの対象となりません。**この場合、お申込みの際の告知などによって、当社がその疾病が生じていることを知っていたとしても、同じくお支払いの対象となりません。**

ご注意

3大疾病サポート保険（団体型）などにご加入の場合、「子宮頸部の上皮内がん・高度異形成・中等度異形成」などの上皮内新生物、皮膚の悪性黒色腫以外の皮膚がんであっても「上皮内新生物診断保険金」のお支払いの対象として、主契約保険金額の10%をお支払いします。

約款記載の一例

〈3大疾病サポート保険（団体型）〉

第15条（保険金の支払）抜粋

（保険金の支払）
第15条　①　この保険契約の保険金は、次のとおりです。

支払事由
（1）　被保険者が、その被保険者についての責任開始期（復活の取扱が行われた後は、最後の復活の際の責任開始期。以下同じ。）以後、保険期間中に、生まれて初めて別表1に定める悪性新生物と医師により病理組織学的所見（生検）によって診断確定（病理組織学的所見が得られないときは、他の所見による診断確定も認めることがあります。以下「診断確定」といいます。）されたとき

事例

13 3大疾病「急性心筋梗塞」

3大疾病（サポート）保険金は、悪性新生物（がん）、急性心筋梗塞、脳卒中と医師に診断され、約款に定める状態に該当する場合に支払われます。以下では急性心筋梗塞について説明します。

お支払いできる場合

『急性心筋梗塞』と診断され、さらに、**受診から60日以上労働制限を必要とする状態が続いたと医師によって診断された**場合。

約款で定める『急性心筋梗塞』に該当し、かつ初めて医師の診療を受けた日から**60日以上、労働制限を必要とする状態が続いている**ため、

3大疾病（サポート）保険金をお支払いします

お支払いできない場合

『狭心症』と診断され、さらに、受診から60日以上労働制限を必要とする状態が続いたと医師によって診断された場合。

『狭心症』は約款で定める『急性心筋梗塞』には該当しないため、

3大疾病（サポート）保険金はお支払いできません

⚠ 3大疾病サポート保険（団体型）において「長期療養サポート特約」が付加されている場合は、以下の「ご注意」欄をご確認ください。

解　説

□約款で定める「急性心筋梗塞」を発病し、**初めて医師の診療を受けた日から60日以上、労働の制限を必要とする状態（軽い家事などの軽労働や事務などの座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態）が継続したことを医師によって診断されたとき**に、3大疾病（サポート）保険金をお支払いします。

□約款で定める「急性心筋梗塞」とは、以下「約款記載の一例」の**「対象となる急性心筋梗塞の定義」の条件をすべて満たす場合**をいいます。上記の「狭心症」のほか、「心筋症」、「心不全」などは、約款で定める「急性心筋梗塞」には該当しませんので、3大疾病（サポート）保険金はお支払いできません。

ご注意

3大疾病サポート保険（団体型）において「長期療養サポート特約」が付加されている場合、上記のお支払いできない事例は3大疾病サポート保険金のお支払いの対象とはなりませんが、自宅療養や入院による**「就業不能状態」が60日間継続している場合**には「長期療養サポート保険金」のお支払いの対象となります。（詳細は事例14をご参照ください。）

約款記載の一例

〈3大疾病サポート保険（団体型）普通保険約款〉

第15条（保険金の支払）および別表2 抜粋

支払事由

被保険者が、その被保険者についての責任開始期以後に発病した疾病を原因として、保険期間中に次のいずれかの状態に該当したとき

（ア）別表2に定める急性心筋梗塞を発病し、その疾病により初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、労働の制限を必要とする状態（軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態）が継続したと医師によって診断されたとき

（イ）別表2に定める急性心筋梗塞を発病し、その疾病の治療を直接の目的として、別表5に定める病院または診療所において、次のいずれかに該当する手術を受けたとき

（a）別表6に定める公的医療保険制度における別表7に定める医科診療報酬点数表に、手術料の算定対象として列挙されている診療行為

（b）別表8に定める先進医療に該当する診療行為（診断および検査を直接の目的とした診療行為ならびに注射、点滴、全身的薬剤投与、局所的薬剤投与、放射線照射および温熱療法による診療行為を除きます。以下同じ。）

対象となる急性心筋梗塞の定義

対象となる急性心筋梗塞とは、次表によって定義づけられる疾病とし、かつ、平成27年2月13日総務省告示第35号に基づく厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害及び死因の統計分類提要ICD－10（2013年版）準拠」に記載された分類項目中、次表の基本分類コードに規定される内容によるものをいいます。

疾病名	疾病の定義	分類項目	基本分類コード
急性心筋梗塞	冠状動脈の閉塞または急激な血液供給の減少により、その関連部分の心筋が壊死に陥った疾病であり、原則として次の3項目を満たす疾病 （1）典型的な胸部痛の病歴 （2）新たに生じた心電図の梗塞性変化 （3）心筋壊死を示す生化学マーカーの一過性上昇	○虚血性心疾患（I20-I25）のうち、 ・急性心筋梗塞 ・再発性心筋梗塞	I21 I22

事例 14

長期療養サポート保険金のお支払い

お支払いできる場合

『うつ病』を発症し、**医師の指示による自宅療養を60日以上継続**した場合。

約款で定めるお支払いの対象となる「就業不能状態」に該当するため、

○

長期療養サポート保険金をお支払いします

お支払いできない場合

レントゲンやMRIなどの他覚所見のない『腰痛症』を発症し、医師の指示による自宅療養を60日以上継続した場合。

「他覚所見（理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見）のない腰痛」を原因とする「就業不能状態」は約款でお支払いの対象から除外しているため、

×

長期療養サポート保険金はお支払いできません

解　説

□3大疾病サポート保険金のお支払いの対象となる疾病（悪性新生物・急性心筋梗塞・脳卒中）を原因とするものについては3大疾病サポート保険金のお支払いの対象となり、長期療養サポート保険金のお支払いの対象とはなりません。

□対象となる「就業不能状態」とは、**業務に全く従事できない状態**に該当し、かつ、**医療機関における入院もしくは医師の指示による自宅療養**をしている状態をいいます。

□対象となる「就業不能状態」が60日間継続した場合にお支払いの対象となります。そのため、**就業不能状態に該当した日からその日を含めて60日以内に一時的にでも復職した場合には、お支払いの対象となりません。**

ご注意

上記の例のほか、妊娠・出産による「就業不能状態」はお支払いできないなど、お支払いにはいくつかの条件があります。詳細は「ご契約のしおり－約款」をご確認のうえ、ご不明な点は当冊子表紙の第一生命照会先へお問い合わせください。

約款記載の一例

〈長期療養サポート特約条項〉

第13条〈長期療養サポート保険金の支払〉抜粋

支払事由
被保険者が、この特約の保険期間中に、次のいずれにも該当したとき （1）その被保険者についてのこの特約の責任開始期（復活の取扱が行われた後は最後の復活の際の責任開始期。以下同じ。）以後に発生した傷害または発病した疾病（別表1に定める疾病を除きます。以下同じ。）を直接の原因として、次のいずれかに該当し、かつ、業務に全く従事できない状態（いずれの業務にも従事していない状態をいい、在宅勤務等により自宅で業務を行う場合は含みません。）（以下「就業不能状態」といいます。）に該当したこと （ア）別表2に定める入院 （イ）医師の指示による別表3に定める自宅療養 （2）就業不能状態に該当した日からその日を含めて就業不能状態が60日間継続したこと
長期療養サポート保険金を支払わない場合
被保険者が次のいずれかにより左記の支払事由に該当したとき ～中略～ （7）その被保険者の妊娠、出産 （8）頸部症候群（いわゆる「むちうち症」）または腰痛でいずれも他覚所見（理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見）のないもの（原因の如何を問いません。）

事例
15 不慮の事故の判断

団体定期保険災害保障特約の場合

お支払いできる場合

階段で足をすべらせて転落し、頭を強打して『急性硬膜下血腫』を起こし、亡くなられた場合。

急激かつ偶発的な外来の事故で、かつ**約款に定める分類項目に該当**し、「不慮の事故」の要件を満たすため、

災害保険金をお支払いします

○

お支払いできない場合

『脳梗塞』の後遺症のため、もともと食物を飲み込むことが困難な状態となっている方が、食物を喉に詰まらせて窒息して亡くなられた場合。

病気により食物を飲み込むことが困難な方の窒息は、約款に定める分類項目から除外されているため、

災害保険金はお支払いできません

×

解　説

□災害保険金は、約款で定める「対象となる不慮の事故」を原因として死亡された場合にお支払いするものです。

□「対象となる不慮の事故」とは、**急激かつ偶発的な外来の事故**で、かつ**約款に定める分類項目に該当する事故**をいいます。

□約款に定める分類項目から除外されている事故は、「対象となる不慮の事故」には該当しないため、災害保険金はお支払いできません。

約款記載の一例

〈団体定期保険災害保障特約条項〉

別表1 対象となる不慮の事故（一部抜粋）

対象となる不慮の事故とは、表１によって定義づけられる急激かつ偶発的な外来の事故（ただし、疾病または体質的な要因を有する者が軽微な外因により発症しまたはその症状が増悪したときには、その軽微な外因は急激かつ偶発的な外来の事故とみなしません。）で、かつ、平成６年１０月１２日総務庁告示第７５号に基づく厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ＩＣＤ-１０（２００３年版）準拠」に記載された分類のうち表２に定めるものをいいます（ただし、表２の「除外するもの」欄にあるものを除きます）。

表１　急激、偶発、外来の定義

用語	定義
１. 急激	事故から傷害の発生までの経過が直接的で、時間的間隔のないことをいいます。 （慢性、反復性、持続性の強いものは該当しません。）
２. 偶発	事故の発生または事故による傷害の発生が被保険者にとって予見できないことをいいます。 （被保険者の故意にもとづくものは該当しません。）
３. 外来	事故が被保険者の身体の外部から作用することをいいます。 （疾病や疾病に起因するもの等身体の内部に原因があるものは該当しません。）

表２　対象となる不慮の事故の分類項目（基本分類コード）

分類項目（基本分類コード）	除外するもの
２. 不慮の損傷のその他の外因（Ｗ００～Ｘ５９）	
・その他の不慮の窒息（Ｗ７５～Ｗ８４）	・疾病による呼吸障害、嚥下障害、精神神経障害の状態にある者の次の誤嚥＜吸引＞ 胃内容物の誤嚥＜吸引＞（Ｗ７８） 気道閉塞を生じた食物の誤嚥＜吸引＞（Ｗ７９） 気道閉塞を生じたその他の物体の誤嚥＜吸引＞（Ｗ８０）

事例
16 重大な過失による免責

団体定期保険災害保障特約の場合

お支払いできる場合

うっかり居眠り運転をしてしまい、電柱に衝突し、亡くなられた場合。

運転中にうっかり居眠りをしてしまった行為は、重大な過失（著しい不注意）とはいえないため、

災害保険金をお支払いします

お支払いできない場合

危険を認識できる状況であったにもかかわらず、高速道路を逆走して対向車と衝突し、亡くなられた場合。

危険な行為であることが予想できたにもかかわらず、高速道路を逆走したことは、**重大な過失（著しい不注意）に該当**するため、

災害保険金はお支払いできません

解　説

□商品（特約）ごとに災害保険金や給付金などをお支払いできない場合（免責事由）を約款に定めており、そのいずれかに該当する場合には、保険金などはお支払いできません。

□災害関係特約では、「被保険者の故意または重大な過失」のほかにも免責事由を定めています。

□重大な過失とは、**著しい不注意**をいいます。重大な過失の判断にあたっては、客観的、一般的な視点から、著しい不注意にあたるか否か、個別的な特殊事情があるかどうかなどを考慮し、医学的、法的な観点をふまえて慎重に判断します。

□**死亡保険金、高度障害保険金および給付金なども別途免責事由を定めています。**

約款記載の一例

〈団体定期保険災害保障特約条項〉

第14条（災害保険金、障害給付金または入院給付金を支払わない場合）抜粋

（1）保険契約者または被保険者の故意または重大な過失によるとき
（2）災害保険金の受取人、障害給付金の受取人または入院給付金の受取人の故意または重大な過失によるとき。ただし、その者が災害保険金の一部の受取人、障害給付金の一部の受取人または入院給付金の一部の受取人であるときは、当会社は、その残額をその他の受取人に支払います。
（3）被保険者の犯罪行為によるとき
（4）被保険者の精神障害を原因とする事故によるとき
（5）被保険者の泥酔の状態を原因とする事故によるとき
（6）被保険者が法令に定める運転資格を持たないで運転している間に生じた事故によるとき
（7）被保険者が法令に定める酒気帯び運転またはこれに相当する運転をしている間に生じた事故によるとき
（8）地震、噴火または津波によるとき
（9）戦争その他の変乱によるとき

事例 17

介護給付金のお支払い

介護給付金のお支払事由

つぎの(1)(2)いずれかに該当した場合
(1)公的介護保険制度における要介護1以上の状態に該当し、要介護1以上との認定を受けたとき
(2)当社所定の要介護状態に該当し、その状態が180日間継続したとき
　＊当社所定の要介護状態については、以下の「解説」欄をご確認ください

(2)の例

お支払いできる場合

『脳梗塞』による後遺症によって右記のような状態が180日間継続した場合。

5ｍ以上歩くには杖が必要 かつ 入浴の際、浴槽の出入りに手を貸してもらわなくてはならない かつ 用を足す際、便器の周りなどを汚してしまう ○

お支払いできない場合

『脳梗塞』による後遺症によって歩くには杖が必要な状態となったが、その他の日常生活動作は、全て自分で行うことができる場合。

5ｍ以上歩くには杖が必要 でも 以下の日常生活動作は、誰の手も借りずに全て自分でできる
●入浴
●排せつ
●清潔･整容（洗顔、つめ切り、整髪、はみがき）
●衣服の着脱
×

解　説

□当社所定の要介護状態とは、つぎの「Ⅰ」「Ⅱ」のいずれにも該当した状態をいいます。

Ⅰ つぎの①～③のいずれかに該当すること

①ベッド柵などにつかまらなくては寝返りができない

②補助用具などを用いなければ歩行（※）ができない

③器質性認知症を原因とした見当識障害と、所定の問題行動が5つ以上ある

＋

Ⅱ つぎの①～④の2項目において介護を要する状態で、うち1項目は全面的な介護を要する状態にあること

①入浴

②排せつ

③清潔･整容

④衣服の着脱

（※）「歩行」とは、歩幅や速度は問わず立った状態から5m以上歩くことをいいます。

約款記載の一例

〈あんしんマイパッケージ　約款〉

第2条（介護給付金の支払）抜粋

被保険者が、その被保険者についての責任開始期（復活の取扱が行われた後は、最後の復活の際の責任開始期。以下同じ。）以後に発生した傷害または発病した疾病を直接の原因として、保険期間中に次のいずれかの要介護状態に該当したとき
(1)公的介護保険制度（別表1）における要介護1以上の状態（別表2）に該当し、要介護認定（別表3）において要介護1以上との認定を受け、その認定が効力を生じたとき
(2)当会社所定の状態（別表4）に該当し、その状態が、該当した日からその日を含めて180日間継続したとき