

教職員共済の
医療共済は

必要な保障だけをチョイスして、 特定の疾病にも備えられます。

基本契約は、病気やケガによる「入院」の保障です。

『特定の病気』に備えるには、特約をプラスしてご契約ください。



入院

基本契約

1泊2日以上入院をしたとき、1入院につき180日まで保障。
ガン入院は一般入院の倍額保障&日数無制限。



手術 特約

所定の手術を受けたとき保障。日帰り手術も対象。



長期入院 特約

180日以上継続入院をしたときに一時金。



退院 特約

20日以上継続入院後に退院したときに一時金。

入院(基本契約)+手術(特約)+長期入院(特約)+退院(特約)
同口数でセットにした
医療スタンダードもオススメです。



先進医療 特約

所定の先進医療を受けたとき。



ガン診断 特約

出生後、はじめてガンと診断されたときに一時金。



生活習慣病 特約

所定の生活習慣病により1泊2日以上入院をしたとき。



女性特定疾病 特約

所定の女性特定疾病により1泊2日以上入院をしたとき。

※所定の疾病など、特約の詳細はパンフレット等でご確認ください。 ※特約のみのご契約はできません。



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!!

90歳まで更新できます!

WEBから いつでもカンタンに資料をご請求いただけます。

教職員共済

検索

<http://www.kyousyokuin.or.jp/>

FAXで 下記資料請求書にご記入のうえFAX、または直接お電話ください。



掛金のお見積みも
WEBで
カンタン!

トリプルガード(団体生命共済・医療共済) 資料請求書

依頼日 年 月 日

フリガナ	性別	ご勤務先名
お名前	<input type="radio"/> 男性	日中のご連絡先 <input type="radio"/> 携帯 <input type="radio"/> 勤務先
	<input type="radio"/> 女性	
〒□□□-□□□□ <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 勤務先		TEL ()
ご送付先 都道府県		生年月日(詳しい設計書をご希望の方のみ)
		本人(西暦) 年 月 日
		配偶者(西暦) 年 月 日
		お子さま(西暦) 年 月 日

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、教職員共済が行なう事業のご案内、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扱いに関する詳細はホームページ(<http://www.kyousyokuin.or.jp/>)をご覧ください。

このチラシは、トリプルガードの概要を説明したものです。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。 承19-企-08 (1907)

資料請求・
お問い合わせは

厚生労働省認可

教職員共済生活協同組合 福岡県事業所

FAX (092-632-2448) TEL (092-631-4601)

教職員共済生活協同組合本部/〒162-8624 東京都新宿区山吹町10-1 ラポール日教済