

# NCCU NEWS

## 近畿総支部のみなさんへ

第150号  
 2016年3月15日発行  
 UA ゼンセン日本介護クラフトユニオン  
 発行人 NCCU事務局長 染川 朗  
 編集人 近畿総支部長 芹生 佳夫  
 連絡先 06-6305-9381

### UAゼンセン任意共済「春の募集」が始まります！

#### 生命保険の見直しをしませんか！



UAゼンセン任意共済には『医療共済』『生命共済』『総合レジャー共済』『長期休業保障共済』『年金共済』『積立終身共済』『住宅あんしん共済』があります。

ライフスタイルに合わせて加入内容を考えてみませんか！

掛金が安くなった分、可処分所得(※)が増えます！

(※)可処分所得とは・・・家計収入から税金や社会保険料などの非消費支出を差し引いたものです。

掛金合計

2,740円

【医療共済】掛金の一例・・・40歳代・女性・パート組合員さんの場合

基本保障 給付金				
入院	手術	ガン診断	先進医療	
ガンを含む成人病で入院したとき 1日/10,000円	ガンを含む成人病で所定の手術を受けたとき 5・10・25万円	初めてガンと診断確定されたとき ※一時金 50万円	病気やケガで先進医療を受けたときの技術料実費 300円限度	
成人病以外の病気やケガで入院したとき 1日/5,000円	成人病以外の病気やケガで入院したとき 2.5・5・20万円			
月額掛金		1,770円		
特約 給付金				
<p>医療共済キャラクター げんきくん</p>	休業保障(注)	ガン診断(上乘せ)	女性医療	
	病気や力ガで5日以上継続して自宅療養したとき 1日/2,000円	※一時金 100万円	入院給付金対象の女性疾病にかかり入院したときの追加給付 1日/5,000円	
			形成治療給付金 乳房切除20万円 変形形成術10万円	
月額掛金		140円	500円	330円

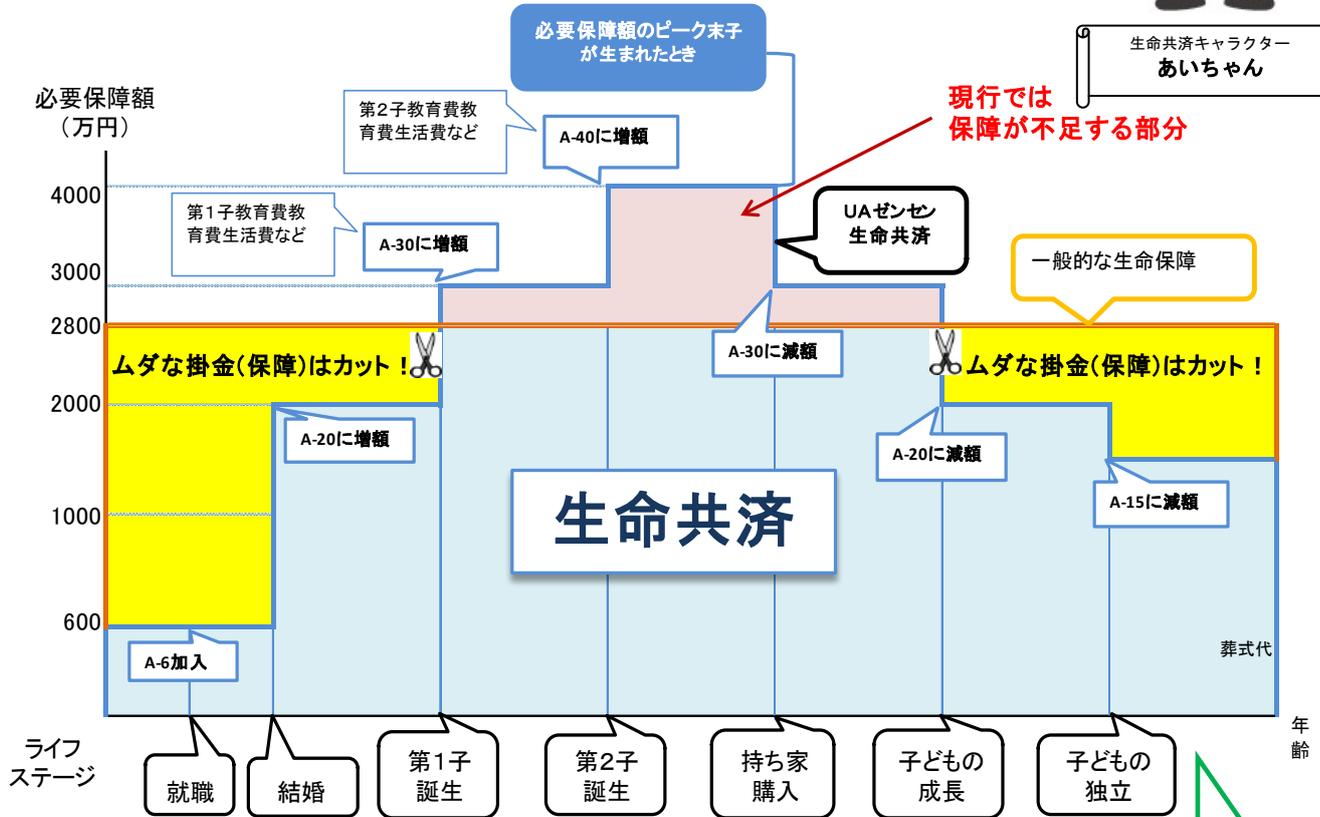
(注)ご家族は休業保障特約は付帯できません。

## 【生命共済】死亡したとき・重度障害となったときの保障



生命共済キャラクター  
あいちちゃん

■ 2,800 万円の死亡保障に加入している場合



必要な保障額は  
毎年変化します。

ライフステージに合わせて  
「ムダな部分はカット」「不足する部分はカバー」しましょう！

月額掛金(注)は保障額によって変わります！

※配偶者・子ども契約コースもあります。(注)35歳以下と36歳以上での掛金の違いはあります。

コース	組員契約コース								
	A-6	A-10	A-15	A-20	A-25	A-30	A-35	A-40	
保障額 死亡・重度障害のとき(一時金)	600万円	1,000万円	1,500万円	2,000万円	2,500万円	3,000万円	3,500万円	4,000万円	
月額掛金	~35歳	600円	1,000円	1,500円	2,000円	2,500円	3,000円	3,500円	4,000円
	36歳	960円	1,600円	2,400円	3,200円	4,000円	4,800円	5,600円	6,400円
	~65歳								

まずは、現在加入している保障内容を診断してみましょう！診断料は**無料**です

## UA ゼンセンがあなたの保障を診断します！

- ① 現在加入している生命保険・共済の「保険証券の両面コピー」を準備してください。
  - ② 下記「生命保険証券診断(コピー使用可)」に必要事項を記入の上、準備した「保険証券の両面コピー」とともに、UA ゼンセン生活応援・共済事業局に郵送もしくはFAXしてください。
  - ③ おおむね2週間程度で返送いたします。保障診断結果は「郵送もしくはFAX(選択可)」でお届けします。
  - ④ 保障診断の結果、生命共済に加入される場合は、パンフレットの加入申込書にて、お手続きください。
- ※医療共済へ加入される方、積立終身共済へ加入される方は、それぞれのパンフレットの加入申込書をご使用ください。

【加入申込書の送付先】NCCU(日本介護クラフトユニオン) 共済担当 宛

〒105-0014 東京都港区芝 2-20-12 友愛会館 13F NCCU共済フリガナ 0120-372-931

### 生命保険証券診断申込書

**UA ゼンセン生活応援・共済事業局 御中** 以下の情報に基づく生命保険証券診断を申し込みます。

**FAX 送信先** 03-3288-3708

**郵送先** 〒102-0074 **東京都千代田区九段南 4-8-16**

<b>申込者氏名</b>	フリガナ	<b>申込日</b>	年 月 日
<b>組合名</b>	日本介護クラフトユニオン	<b>任意共済加入者番号</b> (未加入者は不要です。)	
TEL		FAX	
<b>ご加入の共済の種類</b> (O印を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 新生命 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 長期 <input type="checkbox"/> レジャー <input type="checkbox"/> 自家火災・総合 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 積立		
<b>申込者の家族構成</b>	本人	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
<b>家族</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	家族の場合	① 夫・妻 … 歳   ② 子ども … 歳
			② 子ども … 歳   ② 子ども … 歳
<b>現在加入の生命保険・生命共済</b> <small>※保険証券のコピーを添付してください。(両面)</small>	加入者	会社名・商品名	保険料月額
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども		円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども		円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども		円
<b>見直しの要望点</b> (O印を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 1 掛金を安く <input type="checkbox"/> 2 医療保障を重点に <input type="checkbox"/> 3 老後保障を重点に <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )		

■診断書の送付は、**FAX**・**郵送** でお願ひします。(いずれかにO印を付けてください。)

(注) FAX を希望される場合は、**上記 FAX 番号欄の記入をお忘れなく**。また、郵送を希望される場合は、**下記に住所を記入してください**。

〒	
---	--

※個人情報の取扱：UA ゼンセン 生活応援・共済事業局、本申込により取得した個人情報を本診断サービスにのみ利用します。