

鹿児島県歯科医師協同組合の組合員さまへ

# 「業務災害補償制度」のご案内

## ビジネスマスター・プラス(事業活動総合保険)



【対象】2025年4月1日～2025年9月1日始期契約

### ◆補償①【労働災害補償】業務上の事故によるケガをしっかりサポート

役員、従業員の方々の業務災害や通勤災害に対する補償制度として、福利厚生制度の充実に役立ちます。

1. 入院・通院に対して1日目から保険金をお支払い！
2. 万が一の長期療養にも安心！ 最長1,000日(注)の入院補償！
3. スピーディーな保険金のお支払いが可能！

※政府労災保険の支払認定を待たずにスピーディーな保険金のお支払いが可能です。

(注)支払限度日数は180日と1,000日から選択いただけます。

＜事故例＞ \* 通勤途中、交通事故によるケガで死亡 \* 診療中、ぬれた床で転倒し負傷  
\* 器材で手を挟み負傷 \* 清掃中に脚立から落下し負傷、、、etc

### ◆補償②【使用者賠償補償・雇用慣行賠償責任補償】事業者の経営リスクもしっかりカバー

労災事故やハラスメントの発生により、事業者が負担する争訟費用や損害賠償金に対する医院防衛の備えに役立ちます。

1. 使用者(事業者)が負担する法律上の損害賠償責任をカバー！
2. 解決のために支出する費用もカバー！

(※)雇用慣行賠償責任補償はオプション補償(雇用慣行賠償責任補償特約)にご加入いただいた場合に補償の対象となります。

### ◆補償③おすすめオプション特約

オプション

#### 1. 天災危険補償特約

地震・噴火またはこれらによる津波まで、天災によるケガを補償する特約です。

#### 2. 弁護士費用補償特約 → (特におすすめ)

被保険者が被った対人・対物被害、経済的被害(クレーム行為や従業員の信用棄損行為、詐欺被害、知的財産の被侵害)について保険金請求者が負担する費用によって被る損害に対して補償する特約です。

#### 3. 従業員による不誠実行為補償特約

使用人が行った窃盗・横領などの不誠実行為により、事業者が被った財産上の損害を補償する特約です。

(※)裏面の保険料(例)では、この特約をセットしておりません。天災危険補償特約・クレーム等対応費用補償特約・従業員による不誠実行為補償特約をセットしたお見積りをご要望の場合は、その旨をお申し出ください。

## 業務災害補償制度の特長

### ＜特長1＞パート・アルバイト含む全従業員を包括補償！

・常勤・非常勤もまとめて補償！

### ＜特長2＞ご契約から保険期間終了まで面倒な手続きは不要！

・職員の入れ替わり、人数の変動による手続きは不要！

・従業員の方が退職・入社で入れ替わった場合や、曜日や季節等によって従業員数に変動があっても安心！  
・従業員数の通知等の面倒な手続きはなく、全ての従業員の方が自動的に補償の対象となります。  
※役員の方も補償の対象とすることができます。

## 保険料(例)

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                 |                                                                        |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| プラン<br>A | <b>&lt;業 種&gt;</b> 医療保健業[コード:9431]<br><b>&lt;対 象&gt;</b> 役員1名(24時間補償)＋全従業員<br><b>&lt;保険金額&gt;</b> 死亡・後遺障害: <b>2,000万円</b><br>入院日額: <b>10,000円</b><br>手術保険金: <外 来>入院日額の 5倍<br><入院中>入院日額の10倍<br>通院日額: <b>7,000円</b><br>使用者賠償: 5億円(1事故)<br>雇用慣行賠償: 3,000万円<br>入院補償保険金および手術補償保険金支払日数延長特約(1,000日用) | <b>売上高</b><br>1,000万円<br>2,000万円<br>3,000万円<br>4,000万円<br>5,000万円 | <b>月払保険料</b><br>4,530円<br>6,420円<br>8,340円<br>9,760円<br>10,920円 | <b>年間保険料</b><br>54,360円<br>77,040円<br>100,080円<br>117,120円<br>131,040円 |
|          | <b>&lt;業 種&gt;</b> 医療保健業[コード:9431]<br><b>&lt;対 象&gt;</b> 役員1名(24時間補償)＋全従業員<br><b>&lt;保険金額&gt;</b> 死亡・後遺障害: <b>1,000万円</b><br>入院日額: <b>7,000円</b><br>手術保険金: <外 来>入院日額の 5倍<br><入院中>入院日額の10倍<br>通院日額: <b>4,000円</b><br>使用者賠償: 5億円(1事故)<br>雇用慣行賠償: 3,000万円<br>入院補償保険金および手術補償保険金支払日数延長特約(1,000日用)  | <b>売上高</b><br>1,000万円<br>2,000万円<br>3,000万円<br>4,000万円<br>5,000万円 | <b>月払保険料</b><br>2,830円<br>4,210円<br>5,580円<br>6,600円<br>7,420円  | <b>年間保険料</b><br>33,960円<br>50,520円<br>66,960円<br>79,200円<br>89,040円    |
|          | <b>&lt;業 種&gt;</b> 医療保健業[コード:9431]<br><b>&lt;対 象&gt;</b> 役員1名(24時間補償)＋全従業員<br><b>&lt;保険金額&gt;</b> 死亡・後遺障害: <b>500万円</b><br>入院日額: <b>5,000円</b><br>手術保険金: <外 来>入院日額の 5倍<br><入院中>入院日額の10倍<br>通院日額: <b>3,000円</b><br>使用者賠償: 5億円(1事故)<br>雇用慣行賠償: 3,000万円<br>入院補償保険金および手術補償保険金支払日数延長特約(1,000日用)    | <b>売上高</b><br>1,000万円<br>2,000万円<br>3,000万円<br>4,000万円<br>5,000万円 | <b>月払保険料</b><br>2,110円<br>3,240円<br>4,380円<br>5,220円<br>5,920円  | <b>年間保険料</b><br>25,320円<br>38,880円<br>52,560円<br>62,640円<br>71,040円    |
|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                 |                                                                        |
|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                 |                                                                        |
|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                 |                                                                        |

すべてのプランにて、制度運営費(毎月)500円が別途必要になります。

## 見積依頼書 (下記を記入のうえ、本紙をそのままFAXしてください。)

|                           |                                                                                                            |   |                                                                                                           |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 歯科医院名                     |                                                                                                            |   | <b>&lt;送付先&gt;</b><br><br><b>鹿児島県歯科医師協同組合</b><br><br><b>FAX: 099-226-3353</b><br><br><b>&lt;紹介代理店&gt;</b> |
| 院長名                       |                                                                                                            |   |                                                                                                           |
| 決算月                       |                                                                                                            |   |                                                                                                           |
| <b>直近会計年度の</b><br>売上高(万円) |                                                                                                            |   |                                                                                                           |
| 役員人数※                     | ※医療法人の場合のみお答えください                                                                                          | 人 |                                                                                                           |
| 希望プラン                     | <input type="radio"/> プランA <input type="radio"/> プランB <input type="radio"/> プランC <input type="radio"/> すべて |   |                                                                                                           |

・『個人情報の取扱いについて』: 有限会社ケーディーエーでは、ご提出いただいた上記の見積依頼書にご記載の個人情報をもとに、お客さまのニーズに合った業務災害補償制度をご提案させていただきます。なお、適切で分かりやすい資料にてご提案させていただくために、同個人情報を有限会社ケーディーエーが損害保険代理店委託契約を締結している損害保険ジャパン株式会社に提供することにご同意のうえ、お見積依頼書にご記入ください。

・本内容は業務災害補償制度の概要を示したものです。実際の加入および詳細は取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">お問い合わせ先</div> <b>【取扱代理店】有限会社ケーディーエー</b><br>〒892-0841 鹿児島市照国町13-15<br><b>TEL: 099-222-6982 FAX: 099-226-3353</b><br>受付時間: 平日の午前8時30分から午後5時30分まで<br>土曜日の午前8時30分から午後0時30分まで | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">制度引受保険会社</div> 損害保険ジャパン株式会社<br>鹿児島支店 法人支社<br>〒890-0053 鹿児島市中央町11<br>TEL: 099-812-7504 FAX: 099-251-1025<br>受付時間: 平日の午前9時から午後5時まで |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|