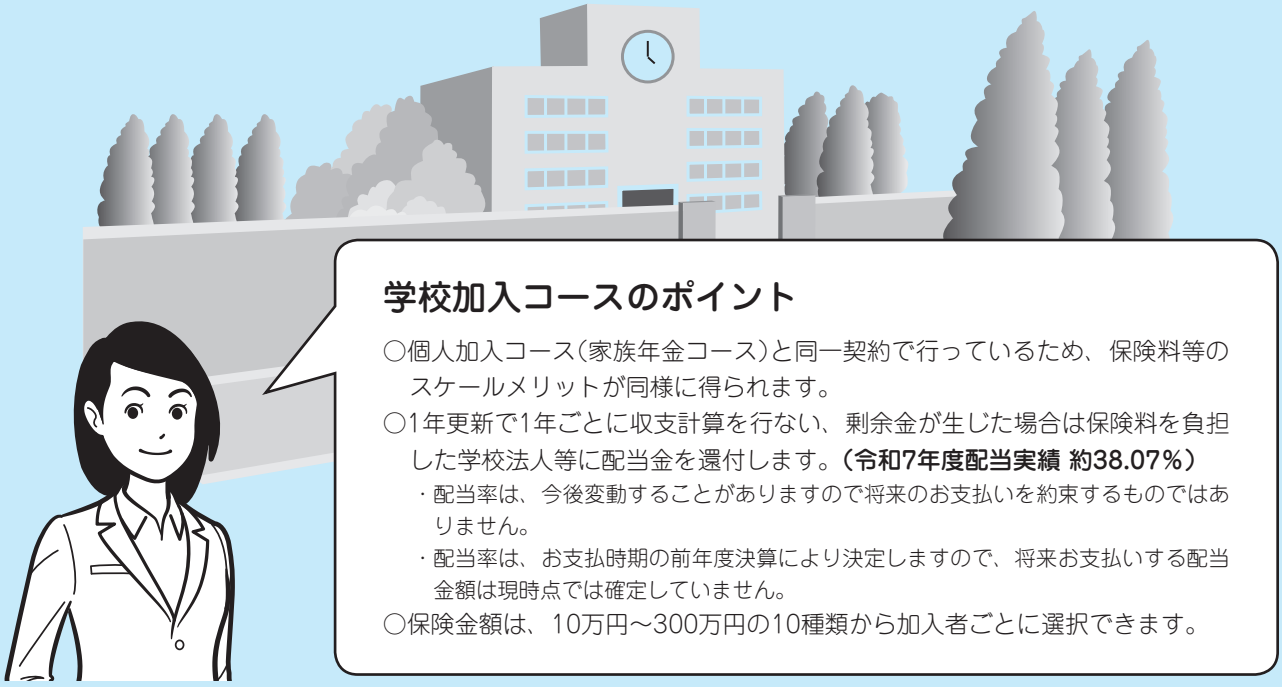
令和８年度後期募集用

学校法人等代表者さま
ぜひご覧ください

共済定期保険事業
「学校加入コース」のご案内

○学校法人等が保険料を負担して、学校法人等に所属する加入者が死亡・高度障害となった場合に備えます。
○保険金は、弔慰金・死亡退職金として加入者のご遺族に支払われ、学校法人等の福利厚生制度として活用できます。

申込方法は、6ページからの手続き関係をご確認ください。



学校加入コースのポイント

○個人加入コース（家族年金コース）と同一契約で行っているため、保険料等のスケールメリットが同様に得られます。
○1年更新で1年ごとに収支計算を行ない、剰余金が生じた場合は保険料を負担した学校法人等に配当金を還付します。**（令和7年度配当実績 約38.07％）**
・配当率は、今後変動することがありますので将来のお支払いを約束するものではありません。
・配当率は、お支払時期の前年度決算により決定しますので、将来お支払いする配当金額は現時点では確定していません。
○保険金額は、10万円～300万円の10種類から加入者ごとに選択できます。

責任開始期（加入日）令和9年4月1日（木）
【後期募集申込期間　令和8年11月2日（月）～11月30日（月）】

申込締切日 令和８年 11 月 30 日（月）（私学事業団必着）

制度内容・申込方法等についてのお問い合せ先（お気軽にご相談ください。）

日本私立学校振興・共済事業団
共済事業本部　貯金・貸付課貯金係 03-3813-5321 ㈹　0120-716-267
【平日９：00～17：15】

【加入手続き等に関するお問い合わせ先】
明治安田生命保険相互会社　特定公法人業務推進部　特定公法人業務推進第二グループ
TEL :03-3283-3360（受付時間　9:00～17:00　除土日・祝日）

共済定期保険事業「学校加入コース」

（こども特約付年金払特約付団体定期保険）

目　的

学校法人等に所属する加入者が在職中に死亡または高度障害となった場合に備える保障制度です。

学校法人等が保険料を負担し、加入者の弔慰金・死亡退職金等として保険金がご遺族に支払われるもので、学校法人等の福利厚生制度の充実を目的としています。

特　長

1　保険料のスケールメリット

約6万名（令和8年4月１日時点）が加入している共済定期保険事業「家族年金コース」と同一契約で運営しているため、保険料のスケールメリットが得られます

2　弔慰金規程にあわせた加入

保障額は勤続年数年齢等により加入者ごとに設定することも可能です。(注1)また1年更新のため毎年保障額を見直しすることができます(注2)

3　業務中・業務外24時間保障

業務中・業務外を問わず、病気や不慮の事故による死亡・高度障害状態になられた場合を24時間保障します

4　剰余金があれば配当金を還付

1年ごとに収支計算を行ない、剰余金が生じた場合は、保険料を負担された学校法人等に配当金が還付されます(注3)

令和7年度配当実績　約38.07%

5　負担した保険料を損金計上

学校法人等が負担する保険料は、原則、全額損金として処理できます(注4)

(注1) 弔慰金規程がある場合には、保障額は弔慰金規程と同額またはそれ以下でお申込みください。
(注2) 新規・増額の場合は告知内容の確認が必要です。
(注3) 配当率は、今後変動することがありますので将来のお支払いを約束するものではありません。配当率は、お支払時期の前年度決算により決定しますので、将来お支払いする配当金額は現時点では確定していません。
(注4) 税務上の取扱いについては令和8年6月現在の税制に基づくものであり、今後、税制の変更に伴い取扱いが変わる場合があります。個別の取扱いにつきましては、所轄の税務署等にご確認ください。

意向確認【ご加入前のご確認】

学校加入コースは、以下の保障の確保を主な目的とする生命保険です。
ご加入にあたってはご意向に沿った内容か、ご確認のうえお申込みください。

保障額と保険料

●死亡・高度障害の場合、死亡・高度障害保険金を一時金でお支払いします。

次の 10 種類の保障額から、いずれかを選択してください。

保障額 （死亡・高度障害保険金） 死亡・高度障害のとき	300万円　250万円　200万円　150万円　100万円 75万円　50万円　30万円　20万円　10万円

＊全員一律または勤続年数・年齢等により加入者ごとに保障額を設定することもできます。
＊弔慰金または死亡退職金に関する規程がある場合には、保障額は規程と同額またはそれ以下でお申込みください。

●下記の保険料は、半年払いで６か月分です。　【加入対象区分：加入者本人】

死亡・高度障害のとき 死亡・高度障害保険金	300万円		250万円		200万円		150万円		100万円	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
16歳～35歳	1,518	918	1,265	765	1,012	612	759	459	506	306
36歳～40歳	1,977	1,641	1,648	1,368	1,318	1,094	989	821	659	547
41歳～45歳	2,733	2,046	2,278	1,705	1,822	1,364	1,367	1,023	911	682
46歳～50歳	3,987	2,964	3,323	2,470	2,658	1,976	1,994	1,482	1,329	988
51歳～55歳	5,874	4,056	4,895	3,380	3,916	2,704	2,937	2,028	1,958	1,352
56歳～60歳	8,556	5,187	7,130	4,323	5,704	3,458	4,278	2,594	2,852	1,729
61歳～65歳	13,176	6,933	10,980	5,778	8,784	4,622	6,588	3,467	4,392	2,311
66歳～70歳	19,617	9,402	16,348	7,835	13,078	6,268	9,809	4,701	6,539	3,134

死亡・高度障害のとき 死亡・高度障害保険金	75万円		50万円		30万円		20万円		10万円	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
16歳～35歳	380	230	253	153	152	92	101	61	51	31
36歳～40歳	494	410	330	274	198	164	132	109	66	55
41歳～45歳	683	512	456	341	273	205	182	136	91	68
46歳～50歳	997	741	665	494	399	296	266	198	133	99
51歳～55歳	1,469	1,014	979	676	587	406	392	270	196	135
56歳～60歳	2,139	1,297	1,426	865	856	519	570	346	285	173
61歳～65歳	3,294	1,733	2,196	1,156	1,318	693	878	462	439	231
66歳～70歳	4,904	2,351	3,270	1,567	1,962	940	1,308	627	654	313

・年齢は保険年齢です。保険年齢は満年齢を基に、１年未満の端数について６か月以下は切り捨て、６か月超は切り上げた年齢をいいます。
（例）保険年齢 40 歳＝令和９年４月１日現在満 39 歳６か月を超え満 40 歳６か月まで。
更新時に該当する年齢区分が変わる場合、保険料は前年度と変わります。
・記載の保険料は概算保険料であって正規保険料は申込締切後３か月以内に算出し概算保険料と異なった場合は正規保険料を適用させていただきます。
・保険料は半年払いです。

「学校加入コース」の取扱

責任開始期（加入日）

令和９年４月１日（木）

加入資格

学校法人等に所属する加入者で申込書記載の告知内容に該当し、令和９年４月１日現在満 15 歳６ヵ月を超え、満 70 歳６か月までの方。
※任意継続加入者の新規加入および継続加入はできません。
【告知内容】
【現在の就業状態】
申込日（告知日）現在、病気やけがで休職・休業中でなく、かつ、病気により就業を制限されていません。
（注）「就業を制限」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。
【過去 12 か月以内の健康状態】
申込日（告知日）より起算して過去 12 か月以内に、別表記載の病気により連続して 14 日以上の入院をしたことはありません。

別表	がん、肉腫、悪性腫瘍、白血病、脳出血、脳こうそく、くも膜下出血、てんかん、狭心症、心筋こうそく、心臓弁膜症、先天性心臓病、心筋症、不整脈、高血圧症、胃かいよう、十二指腸かいよう、肝炎、肝硬変、腎炎、ネフローゼ、腎不全、子宮筋腫、糖尿病

※告知していただいた内容が事実と相違していた場合、保険金をお支払いできない場合があります。
※保険金額を増額する場合も、告知内容に該当していることが条件となります。

継続加入の取扱い

一旦健康時に加入しますと、更新時健康状態に関する加入資格に該当しない場合でも前年度と同じ保険金額以下で継続加入できます。
なお、更新の際に、保険金額等の変更の申し出がない場合は、従前どおりのご加入内容で継続となります。ただし、保険料は毎年の加入状況・年齢により算出し変更します。
また、加入保険金額を増額する場合は、告知内容に該当していることが条件となります。

保険期間

１年間（令和9年4月1日から翌年の3月31日）で、以後毎年更新します。（特に申出のない限り自動更新となります。）
保険期間中に加入資格を失った場合には、既払込保険料の最終保障月の月末までの保障となります。ただし、保険料の払込みが条件となります。

配当金

この保険は１年ごとに収支計算を行ない、剰余金が生じた場合は、保険料を負担した学校法人等に配当金として還付されます。
（令和9年10月1日時点加入者分に係る配当金を、学校法人等の保険料振替口座に翌年6月下旬に送金します。）

保険料の支払い

①保険料は加入日現在の加入者の保険年齢に応じた額を、学校法人等が指定した金融機関の口座から6か月分を前期3月22日、後期9月22日の年2回自動振替により徴収します。（振替日が金融機関休業日の場合は翌営業日となります。）今回の初回振替日は、令和9年3月23日（火）です。
②学校加入コースの振り替えは1回のみとなり、再振り替えはできません。振替日に振り替えられないと自動的に脱退となりますのでご注意ください。
③振替口座および代表者の変更により口座名義等を変更する場合は、保険料振替日（3月22日・9月22日）の前々月の25日までに預金口座振替依頼書を提出してください。

保険金のお支払いについて

死亡保険金は保険期間中に死亡した場合に、高度障害保険金は加入日（＊）以後に（業務上業務外を問わず）発生した傷害または疾病によって、保険期間中に、所定の高度障害状態になった場合にお支払いします。この場合、保険金受取人の口座へ送金します。

引受会社の職員または引受会社で委託した確認担当者が、保険金等のご請求の際、ご請求内容等について確認する場合があります。

保険金等のお支払いに関する約款規定については引受保険会社のホームページ
（https://www.meijiyasuda.co.jp/corporation/
product/demand/contract/index.html）をご覧ください。

なお、上記ホームページアドレスは、パンフレット作成時点のものを記載しており、今後変更の可能性があります。

高度障害状態とは身体障害の程度が加入日（＊）以後の傷害または疾病によりつぎの１項目に該当する場合をいいます。

＜高度障害状態とは＞

1．両眼の視力を全く永久に失ったもの
2．言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの
3．中枢神経系・精神または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
4．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
5．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
6．１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
7．１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

※「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。

＜高度障害状態に関する補足説明＞

1．眼の障害（視力障害）
（1）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。
（2）「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。
（3）視野狭さくおよび眼瞼下垂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障害
（1）「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、音声言語による意志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
（2）「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．上・下肢の障害
「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・下肢の完全運動麻ひ、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。

お支払いできない場合について（解除・免責等）

次のような場合には、保険金のお支払いはできません。（すでにお払い込みいただいた保険料についてもお返しできないことがあります。）

●告知していただいた内容が事実と相違し、ご契約、またはご契約のその被保険者に対応する部分が告知義務違反により解除となったとき

●保険料のお払込みがなく、ご契約が失効したとき

●契約者もしくは被保険者による詐欺の行為を原因として、ご契約、またはご契約のその被保険者に対応する部分が取消しとなったとき（告知義務違反の態様が特に重大な場合には、詐欺としてご契約、またはご契約のその被保険者に対応する部分を取消しとさせていただきます。また、1 年経過後にも取消しとなることがあります。）

●契約者もしくは被保険者に保険金の不法取得目的があって、ご契約、またはご契約のその被保険者に対応する部分が無効となったとき

●契約者、被保険者または受取人が保険金を詐取する目的で事故招致をしたときや暴力団関係者、その他の反社会的勢力に該当すると認められたときなど、重大事由に該当し、ご契約、またはご契約のその被保険者に対応する部分が解除となった場合

1．死亡保険金について

①被保険者が加入日（*）から1年以内に自殺したとき（ただし、精神の障害によって心神喪失の状態となり、自己の生命を絶つ認識が全くなかったときなどは、死亡保険金をお支払いする場合もあります。）

②契約者または死亡保険金受取人の故意によるとき

③戦争その他の変乱によるとき（ただし、その程度により全額または削減してお支払いすることがあります。）

2．高度障害保険金について

①被保険者の故意によるとき

②契約者または高度障害保険金受取人の故意によるとき

③戦争その他の変乱によるとき（ただし、その程度により全額または削減してお支払いすることがあります。）

本契約には年金払特約が付加されていますが、学校加入コースについては年金のお支払いはせず、全て一時金での取扱いとなります。

保険金請求の手続きについて

加入者が死亡あるいは加入後の傷害または疾病によって高度障害状態に該当した場合、以下の必要書類を私学事業団まで提出してください。

＜死亡した場合＞
- 共済定期保険事業（学校加入コース）保険金請求書
- 死亡証明書
- 学校加入コース加入者の除籍謄本
- 受取人の戸籍謄本

＜高度障害になった場合＞
- 共済定期保険事業（学校加入コース）保険金請求書
- 障害診断書
- 学校加入コースの加入者の住民票又は戸籍抄本

（*）保障額を増額する場合、増額部分について「加入日」を「増額日」と読み替えます。

保険金受取人

●死 亡 保 険 金　　加入者の遺族となります。

※遺族の定義

団体定期保険普通保険約款第３９条（死亡保険金受取人の指定がない場合）の取扱いとなります。被保険者（加入者）の配偶者、子（子が全員死亡している場合には、その直系卑属である孫）、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位となります。なお、受取人が配偶者の場合は、被保険者死亡時の配偶者となります。また、保険金分割割合は均等です。

受取人（続柄）	解　説
配偶者	・夫または妻のことで、法律上の婚姻関係（戸籍上）にある人です。 ・婚姻届のない内縁関係の場合は、配偶者とは認められず受取人になれません。
子	・戸籍が別になっていても受取人となります。 ・養子、特別養子、嫡出でない子も受取人となります。
父母	・父母とは、実父母および養父母のことです。 ・父母が離婚している場合、父母の双方とも受取人となります。
祖父母	・祖父母とは、父方および母方の父母のことです。
兄弟姉妹	・兄弟姉妹とは、実の兄弟姉妹のことです。 ・結婚して戸籍を移している兄弟姉妹でも受取人となります。 ・父または母を異にする兄弟姉妹も受取人となります。

●高度障害保険金　　加入者本人となります。

手続き関係

後期申込期間については、未加入校の新規申込および既加入校の追加加入者、既加入者の内容変更（増額・減額）、脱退の申込受付を行います（学校単位でのお申込みとなります。）。

＜既加入校の場合＞

１．追加（新規）加入者の申込および既加入者の内容変更（増額・減額）の申込がある場合

（１）『共済定期保険事業学校加入コース加入申込書兼同意確認書』（以下「加入申込書」といいます。）

※現在、学校に所属している加入者の加入者等記号・番号、加入者氏名、性別、生年月日を印字してあります。

※同一法人の新設校は自動的には加入とはなりません。新規申込校としての手続きが必要です。

※学校番号が変わる場合（例：幼保連携型こども園への移行等）は、貯金・貸付課貯金係まで申し出ください。

①『加入申込書』に学校法人等名、代表者名を記入（スタンプ可）、公印を押印（1、2、3 枚目）してください。

②追加（新規）加入者は、加入者等記号・番号、加入者氏名、性別、生年月日、申込保険金額を記入のうえ、学校加入コース加入者になることの本人の同意確認印の押印をお願いします。

③既加入者の内容変更は、申込保険金額を記入のうえ、学校加入コース内容変更についての本人の同意確認印の押印をお願いします。

（２）『日本私立学校振興・共済事業団「共済定期保険事業学校加入コース」の加入同意確認について』

『日本私立学校振興･共済事業団「共済定期保険事業学校加入コース」の加入同意確認について』（様式①）を参照いただき、文書配布（または回覧・掲示等）により周知してください。

※（様式①）のコピーに学内提出締切日を追記のうえ使用しても結構です。

（3）『共済定期保険事業「学校加入コース」（団体定期保険）保険加入に関する個人用同意確認書（加入）について』

①長期出張等やむを得ない事由により、「加入申込書」へ、本人による同意確認印の押印ができない場合には、㊞の欄に『別紙』と記入し、「別紙：共済定期保険事業「学校加入コース」（団体定期保険）保険加入に関する個人用同意確認書」（様式②）を提出してください。

②「別紙」（様式②）を使用する場合は、必要事項を記入のうえ本人が同意確認印を押印し、「加入申込書」に添付して提出してください。

③「別紙」（様式②）は、本パンフレット後掲の用紙をコピーして使用してください。

2．既加入者について脱退申込がある場合

「加入申込書」の申込保険金額欄に「0」と記入してください。（注）加入者等記号・番号・加入者氏名は＝線で消さないでください。

3．追加（新規）加入者および内容変更（増額・減額・脱退）の申込がない場合

「加入申込書」等の提出は必要ありません。

※２年目以降、変更がない既加入者に対して、改めて加入同意確認をとる必要はありません（翌年度も同内容で継続されます。）。

＜新規申込校の場合＞

1．新規加入者の申込

（1）『共済定期保険事業学校加入コース加入申込書兼同意確認書』（以下「加入申込書」といいます。）

※貯金・貸付課貯金係まで申出ください。用紙を送付します。

①「加入申込書」に学校法人等名、代表者名を記入（スタンプ可）、公印を押印（1、2、3 枚目）してください。

②新規申込者の加入者等記号･番号、加入者氏名、性別、生年月日、申込保険金額を記入してください。

③学校加入コース加入者となることの本人の同意確認印の押印をお願いします。

（2）『日本私立学校振興・共済事業団「共済定期保険事業学校加入コース」の加入同意確認について』

『日本私立学校振興･共済事業団「共済定期保険事業学校加入コース」の加入同意確認について』（様式①）を参照いただき、文書配布（または回覧・掲示等）により周知のうえ、「加入申込書」へ同意確認印の押印をお願いします。

※（様式①）のコピーに学内提出締切日を追記のうえ使用しても結構です。

（3）『共済定期保険事業「学校加入コース」（団体定期保険）保険加入に関する個人用同意確認書（加入）について』

①長期出張等やむを得ない事由により、「加入申込書」へ、本人による同意確認印の押印ができない場合には、㊞の欄に『別紙』と記入し、「別紙：共済定期保険事業「学校加入コース」（団体定期保険）保険加入に関する個人用同意確認書」（様式②）を提出してください。

②「別紙」（様式②）を使用する場合は、必要事項を記入のうえ本人が同意確認印を押印し、「加入申込書」に添付して提出してください。

③「別紙」（様式②）は、本パンフレット後掲の用紙をコピーして使用してください。

※２年目以降は、追加（新規）加入者の申込及び既加入者の内容変更（増額･減額）がある場合のみ、同意確認が必要となりますので、変更がない既加入者に対して、改めて加入同意確認をとる必要はありません（翌年度も同内容で継続されます。）

2．預金口座振替依頼書

※貯金・貸付課貯金係（共済定期保険専用フリーダイヤル：0120-716-267）まで申し出ください。
用紙を送付いたします。

※保険料は金融機関口座から年２回（前期３月 22 日・後期９月 22 日）自動振替で徴収します。
（振替日が金融機関休業日の場合は翌営業日となります。）
今回の初回振替日は、令和９年３月 23 日（火）です。

預金口座振替依頼書については、３枚目を金融機関に提出し、１枚目と２枚目に金融機関の受領印を受け、加入申込書と一緒に提出してください。

（注）口座振替のできる金融機関は、銀行・信託銀行・信用金庫・労働金庫です。

新規加入申込にあたり必要な提出書類

・共済定期保険事業学校加入コース加入申込書兼同意確認書（1、2 枚目）
・預金口座振替依頼書（1、2 枚目）
・個人用同意確認書（様式②：該当者がいる場合のみ）

＜共通事項＞

1．脱退について

退職以外の理由で年度途中の脱退はできません。
ただし、次の場合は既払込保険料の最終保障月の月末まで保障し、自動脱退となります。
・保険料が未納となったとき
・学校加入コース加入者が死亡・高度障害になったとき

2．退職した場合の手続き

①申込期間内に脱退の申出をせずに保険料が振り替えられた場合
学校加入コース加入者が退職しても、既に納付済みの保険料に対応する期間は保障します。

②保障を希望しない場合
前期分は３月末日、後期分は９月末日までに「共済定期保険事業学校加入コース退職脱退申出書」を提出してください。保険料は学校法人等の保険料振替口座に返金します。

3．申込後の加入内容の確認

学校法人等に３月中旬頃、「共済定期保険事業学校加入コース加入者一覧表及び保険料口座振替の案内」を送付します。

4．所属学校変更をしたとき

学校加入コースに加入している同一法人内での異動は継続加入となりますので、手続きの必要はありません。ただし、法人分割・新設等で異動先の所属が学校加入コースの申し込みをしていない場合は、自動的に継続しません。

（様式①）

※この用紙をコピーして使用してください。

各　　位

日本私立学校振興・共済事業団「共済定期保険事業学校加入コース」の加入同意確認について

当校では、教職員の弔慰金制度としてこの制度を利用することとし、加入する教職員の同意確認を行うことになりました。つきましては、下記内容を確認のうえ、別紙の申込書兼同意確認書に押印願います。なお、同意しない場合には、担当課に申込締切日までに申し出てください。

記

（弔慰金制度の内容：共済定期保険事業学校加入コースの内容）

1　保険料の負担
　　学校が負担します。（教職員の負担ではありません。）

2　加入対象者
　　当校に勤務する教職員（加入者）

3　弔慰金額（保険金額）
　　加入申込書兼同意確認書に記載のとおり

4　弔慰金受取人（保険金受取人）
　①死亡保険金
　　遺族です。
　　本人の配偶者（戸籍上）、子（子が死亡している場合には、その直系卑属）、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位の方
　②高度障害保険金
　　本人です。

5　学内提出締切日
　　年　　月　　日（　）

以　　上

個人情報に関する取扱いについて

＜契約者と生命保険会社からのお知らせ＞

当該保険の運営にあたっては、契約者は加入対象者（被保険者）の個人情報＜氏名、性別、生年月日、健康状態等＞（以下、「個人情報」といいます。）を取り扱い、契約者が保険契約を締結する生命保険会社（共同取扱会社を含みます。以下同じ。）へ提供いたします。契約者は、当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、子会社・関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理、当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、その他保険に関連・付随する業務のため使用（注）し、また、必要に応じて、契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。
記載の引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。
（注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。
なお、事務幹事会社の個人情報の取扱いにつきましては、ホームページ(https://www.meijiyasuda.co.jp/)をご参照ください。
－死亡保険金受取人の指定に際しご留意ください－
指定された死亡保険金受取人の個人情報については、上記の加入対象者（被保険者）の個人情報と同様に取扱われますので、お申込みにあたっては、死亡保険金受取人にその旨をご説明いただき、個人情報の取扱いについての同意を取得してください。

（様式②）

※この用紙をコピーして使用してください。

提出日　令和　　年　　月　　日

共済定期保険事業「学校加入コース」（団体定期保険）保険加入に関する個人用同意確認書（加入）

日本私立学校振興・共済事業団　理事長　殿

学校番号

学校法人等名

加入日
令和９年４月１日

【同意確認にあたってのご留意いただきたい事項】
「加入する保険金額」「同意確認事項」および「保険金受取人」をご確認いただき、同意の場合は「同意確認印」欄へ被保険者となる方ご本人の押印をお願いいたします。

加入者等記号・番号 （枝番を除く１２桁をご記入ください）	加入者氏名 （カタカナでご記入ください。）	保険金額
00		加入申込書兼同意確認書に記載のとおり

同意確認事項	同意確認印
所定の手続きにより、保険契約の内容、提出される個人情報の取扱いについて、通知をうけ、事業主（または団体）が保険料を負担し、下記の「保険金受取人」欄で選択された者を保険金受取人とするこの保険の被保険者となることに同意いたします。	印

死亡保険金受取人	団体定期保険普通保険約款に定める被保険者の遺族 （本人の配偶者（戸籍上）、子（子が死亡している場合には、その直系卑属である孫）、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位となります。）
高度障害保険金受取人	被保険者本人（加入者）

MEMO

記　入　例

※学校単位での申し込みとなりますので、同一法人の新設校は自動的には加入とはなりません。新規申込校として手続きが必要です

共済定期保険事業学校加入コース加入申込書兼同意確認書

新規・変更・脱退いずれの場合記入して下さい

学校法人等名、代表者名・印（公印）をご記入・押印（1、2、3枚目とも）してください。

令和8年度後期募集用

共済定期保険事業 学校加入コース 加入申込書兼同意確認書

1枚目

私学事業団用

日本私立学校振興・共済事業団理事長　殿

申込締切日	令和 8 年 11 月 30 日
効力発効日（加入・増額日）	令和 9 年 4 月 1 日
申込日（告知日）	令和 8 年11月10日

↑必ずご記入ください。

学校法人等の申込内容・告知内容の確認および申込印兼告知印欄

学校法人等名　私立大学

代表者名　私大　太郎　（私立大学）

パンフレット等説明資料に記載された契約内容を承知し、申込内容・告知内容を確認し、告知内容が相違ない者について申し込みます。被保険者同意の重要性を理解し、被保険者となるべき者全員に対して、別途保険会社に提出する書面のとおり契約内容の通知を行ない、当保険契約についての同意を得ました。

告　知　内　容

【現在の就業状態】
被保険者は、申込日（告知日）現在、病気やけがで休職・休業中でなく、かつ、病気により就業を制限されていません。
(注)「就業を制限」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。
【過去12ヵ月以内の健康状態】
被保険者は、申込日（告知日）より起算して過去12ヵ月以内に、別表記載の病気により連続して14日以上の入院をしたことはありません。

【別表】
がん、肉腫、悪性腫瘍、白血病、脳出血、脳こうそく、くも膜下出血、てんかん、狭心症、心筋こうそく、心臓弁膜症、先天性心臓病、心筋症、不整脈、高血圧症、胃かいよう、十二指腸かいよう、肝炎、肝硬変、腎炎、ネフローゼ、腎不全、子宮筋腫、糖尿病

加入（増額）のお申し込み手続きにあたり、加入（増額）する申込者の告知内容が、申込日（告知日）現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

死亡保険金受取人の指定を含め申込内容についての効力は、記載の「効力発効日（加入・増額日）」から生じます。（必ず記載の「死亡保険金受取人」をご確認ください）

お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印（学校の公印）を押印願います。

被保険者の同意確認内容

所定の手続きにより、保険契約の内容、提出される個人情報の取扱いについて、通知をうけ、事業主（または団体）が保険料を負担し、下記の「死亡保険金受取人」欄で選択された者を死亡保険金受取人とするこの保険の被保険者となることに同意いたします。

証券（事業所）番号	学校番号 県コード	学種	学校番号	学校名
21283063	50	A	0001	シリツダイガク

被保険者区分	加入者等記号・番号 県コード	学種	学校番号	個人番号	枝番	加入者氏名（カタカナでご記入ください。）	性別	生年月日（該当箇所を○で囲んでください。）	既加入保険金額	申込保険金額	死亡保険金受取人	被保険者の同意確認印
本人	50	A	0001	00004	00	スズキ　ヒロコ	男 女	昭 54年 5月 5日	0 万円	300 万円	団体定期保険普通保険約款第39条の取扱いとなります。被保険者の配偶者（戸籍上）、子（子が死亡している場合には、その直系卑属）、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位となります。但し、配偶者がいない場合には、子（死亡している場合の孫を含む）、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位指定のあったものとして取扱われます。また、死亡保険金分割割合は均等です。	スズキ 印
本人	50	A	0001	00007	00	タナカ　タケシ	男 女	昭 平 1年 4月12日	0 万円	300 万円		別紙 印
本人					00		男 女	昭 平 年 月 日	万円	万円		印
本人					00		男 女	昭 平 年 月 日	万円	万円		印
本人					00		男 女	昭 平 年 月 日	万円	万円		印
本人					00		男 女	昭 平 年 月 日	万円	万円		印
本人	50	A	0001	00010	00	ヤマモト　タロウ	男 女	昭 43年 1月 1日	300 万円	300 万円		印
本人	50	A	0001	00011	00	キムラ　イチロウ	男 女	昭 58年 6月 6日	250 万円	300 万円	同上	キムラ 印
本人	50	A	0001	00051	00	タナカ　サチコ	男 女	昭 45年 9月28日	100 万円	0 万円	同上	印
本人	50	A	0001	00060	00	ワタナベ　ハナコ	男 女	昭 平 47年 5月15日	0 万円	300 万円	同上	ワタナベ 印
本人					00		男 女	昭 平 年 月 日	万円	万円	同上	印
本人					00		男 女	昭 平 年 月 日	万円	万円	同上	印

MYLI－申－27－000022

①新規申込校

・新規申込者の加入者等記号・番号、加入者氏名、性別、生年月日、申込保険金額を記入のうえ、学校加入コース加入者となることの本人の同意確認印の押印をお願いします。

②既加入校

・追加加入者（新規）および保険金額変更する加入者のみの加入者等記号・番号、加入者氏名、性別、生年月日、申込保険金額を記入のうえ、学校加入コース加入者となることの本人の同意確認印の押印をお願いします。

・退職等で脱退を希望する加入者の保険金額は０とご記入ください。

新規申込校の場合

※申込保険金額を記入してください。

※加入者の同意確認印を押してください。（1、2、３枚目とも）

※「同意確認書様式②」を提出するときは「別紙」と記入してください。

既加入校の場合

※変更がなくても金額は、記入してください。同意確認印は不要です。

※申込保険金額変更の場合、申込保険金額を記入し加入者の同意確認印を押印してください。
（1、2、３枚目とも）

※脱退の場合
申込保険金額を０にしてください。

（注）加入者等記号・番号、加入者氏名を＝線では消さないでください。

※追加（新規）加入者の加入者等記号・番号、加入者氏名、性別、生年月日、申込保険金額を記入のうえ、同意確認印を（1、2、３枚目とも）押印してください。
（新規申込校、既加入校）
（既加入校の場合は、追加加入者のみをご記入ください）

個人情報に関する取扱いについて

＜契約者と生命保険会社からのお知らせ＞

当該保険の運営にあたっては、契約者は加入対象者（被保険者）の個人情報＜氏名、性別、生年月日、健康状態等＞（以下、「個人情報」といいます。）を取り扱い、契約者が保険契約を締結する生命保険会社（共同取扱会社を含みます。以下同じ。）へ提供いたします。契約者は、当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、子会社・関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理、当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、その他保険に関連・付随する業務のため使用（注）し、また、必要に応じて、契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。

記載の引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。

（注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

なお、事務幹事会社の個人情報の取扱いにつきましては、ホームページ（https://www.meijiyasuda.co.jp/）をご参照ください。

－死亡保険金受取人の指定に際しご留意ください－

指定された死亡保険金受取人の個人情報については、上記の加入対象者（被保険者）の個人情報と同様に取扱われますので、お申込みにあたっては、死亡保険金受取人にその旨をご説明いただき、個人情報の取扱いについての同意を取得してください。

保険会社からのお願い・ご注意

＜保険金のご請求について＞

●保険金の支払事由が生じたときは、すみやかにご所属の団体（以下「保険契約者」といいます。）にご連絡のうえ、保険契約者を経由して引受会社にご請求ください。

●保険金を請求する権利は、お支払事由が発生してから３年間ご請求が無いと、消滅しますのでご注意ください。

●ご請求があった場合で、引受会社が必要と認めたときには医療機関等へ事実の確認に伺う場合があります。

＜改姓、ご家族の異動、受取人の変更等について＞

●ご加入の本人に被保険者としての資格がなくなった場合にはすみやかに保険契約者を経由して引受会社にご通知ください。

●被保険者の改姓等の場合には、すみやかに保険契約者を経由して引受会社にご通知ください。

●被保険者の遺言により死亡保険金受取人を変更することはできません。

「生命保険契約者保護機構」について

引受会社は、「生命保険契約者保護機構」（以下、「保護機構」といいます。）に加入しております。保護機構は、生命保険会社が経営破綻に陥った場合、保険契約者等の保護を図り、生命保険業に対する信頼性を維持することを目的としています。なお、補償対象契約は、特定特別勘定に係る部分を除いた契約で、補償限度は、高予定利率契約（＊）を除き、責任準備金等の 90% とすることが定められています。（保険金・年金等の 90％が補償されるものではありません。）また予定利率等の変更が行われる可能性があり、これに伴い、保険金額・年金額等が減少することがあります。あわせて、早期解約控除制度が設けられる可能性もあります。

詳細については、保護機構（https://www.seihohogo.jp/）をご覧ください。

（＊）破綻時に過去５年間で常に予定利率が基準利率を超えていた契約を指します。現在の基準利率については、引受会社または保護機構のホームページで確認できます。

●この制度は、生命保険会社と締結したこども特約付年金払特約付団体定期保険契約に基づき運営します。

相互会社においては、ご契約者が「社員」（構成員）として会社の運営に参加する仕組みとなっていますが、この契約におけるご契約者は団体であり、ご加入者は被保険者であるため、社員とはなりません。したがって、総代の選出に関する社員の権利等、社員が有する権利はありません。

引受保険会社　明治安田生命保険相互会社（事務幹事会社）、日本生命、第一生命、住友生命、富国生命、太陽生命

この保険契約は共同取扱契約であり、明治安田生命保険相互会社は他の各引受保険会社の委任を受けて事務を行ないます。引受保険会社は、それぞれの引受金額により保険契約上の責任を負います。なお、引受保険会社等は変更されることがあります。