



経営者の皆さまだからこそ
手厚く備えていたいただきたい!!

経営者 支援共済

共済掛金

月々

6,800円

がん診断

されたときは、

一律

20万円!

がん診断された場合に、一律20万円のお見舞金をお支払いします。

入院(7日以上)

したときは、

一律

30万円の大型保障!

7日以上入院で一律30万円をお支払いします。
自分の代わりはないから休めない…。そんな経営者の方に嬉しい大型保障です。

短期入院にも対応!

短期入院(1日~6日)の場合も、
一律3万円のお見舞金をお支払いします。

退院後の通院も保障!

ケガによる通院はもちろんのこと、
病気で入院された場合、退院後の通院も保障します。

健康確認のみでご加入いただけます!
安心の24時間保障

経営者支援共済は、経営者の皆さまのための共済制度です。



広島県共済の共済制度にご加入の方は、
スマートフォンアプリ「エルフル」をご利用いただけます!

おトクな優待サービスや
中国地方のイベント情報も満載!
楽しいおでかけアプリをぜひご利用ください。

ダウンロードは
こちらから!



■お申し込み・お問い合わせは

■共済引受組合



つながる力で、安心と成長を

広島県共済

(広島県認可)

広島県中小企業共済協同組合
〒730-0048 広島市中区竹屋町4-17
https://www.kyosai.or.jp

広島県共済組合員相談室



0120-708030

ご加入いただける方

法人の場合は役員、個人事業所の場合は事業主・専従者で満20歳から満69歳までの方

保障内容		満20歳から満75歳までご継続いただけます。 (満了日は満75歳の誕生日が属する月の末日までとなります。)
入院 ※1	交通事故 傷害 疾病	一律 30万円 [7日~30日]
		さらに 15万円 [31日~60日]
		さらに 10万円 [61日以上]
短期入院 見舞金 ※1	交通事故 傷害 疾病	一律 3万円 [1日~6日]
通院	交通事故 傷害	1日 4,000円 [1日~30日]
	疾病 ※2	1日 4,000円 [1日~30日]
がん診断見舞金 ※3・4・5		一律 20万円 上皮内新生物も対象

ご加入にあたって

■ 共済金をお支払いできない場合(上表の※印とあわせてご確認ください。)

- ※1 初年度の共済責任開始日から2年以内に、同責任開始日までに治療を開始していた疾病に起因して入院(短期入院を含みます)した場合
- ※2 疾病入院と因果関係のない疾病による通院の場合(疾病により短期入院をした後の通院は保障の対象外)
- ※3 初年度の共済責任開始日からその日を含めて180日目までにがんが診断確定された場合
- ※4 初年度の共済責任開始日から2年以内に、同責任開始日までに治療を開始していたがんに起因して、がんであると診断確定された場合
- ※5 前回、診断確定されたがんの診断確定日または入院もしくは手術を受けた日のいずれか遅い日から3年以内に、がんが診断確定された場合

■ 共済金のお支払い限度

- 交通事故・傷害・疾病による入院(短期入院):同一事故・疾病について通算して55万円を支払限度とします。(短期入院の場合は3万円を支払限度とします)
また、疾病による入院については、本制度にご加入の全共済期間を通算して300万円を限度とします。
- 交通事故・傷害による通院:同一事故について事故の日から120日以内を給付期間として、同一事故について通院日数30日分を支払限度とします。
- 疾病による通院:直近の疾病入院(短期入院を除きます)により支払共済金が発生した場合で、退院日の翌日から180日以内を給付期間として、同一疾病について通院日数30日分を支払限度とします。
- がん診断見舞金:本制度にご加入の全共済期間を通算して60万円を限度とします。

■ ご加入資格

- 被共済者は、加入日現在、健康でかつ正常に就業されている方で、次に該当する方に限ります。
- (1) 法人事業所の役員 ■ 会社法に定める法人の場合:取締役、会計参与、執行役に該当する方
■ その他の法人の場合:法律上業務を執行する方として定められている方
 - (2) 個人事業所の事業主
 - (3) (1)および(2)に準ずる方で、当組合が特に認めた方

■ 健康告知

ご加入にあたり健康告知の必要はありません。加入時に面談のうえ、健康状態についてご確認をさせていただきます。(当組合規定により、お引き受けできない場合があります。)

ご加入にあたっては、加入申込書添付の「重要事項説明書(契約概要/注意喚起情報)」をご確認ください。

「経営者支援共済」についてのご相談は

お気軽にお問い合わせください。

●お電話の方は…

広島県共済組合員相談室  0120-708030

FAX記入欄 必要事項をご記入のうえ、送信してください。	事業所名	担当者名
	住所	電話番号

(お客様の個人情報について)ご記入いただいた個人情報は、資料・見積書の作成および発送を行うために活用するほか、各種共済制度・サービスのご案内に利用させていただきます。

FAX: 0120-358030