

新採用正規教職員限定

新採用者だけの
特典があります！



横浜市立学校教職員互助会 生活年金共済のご案内



(年金払特約付障害特約付団体定期保険)

■生活年金共済とは…

互助会では、会員[※]の福利厚生事業として『生活年金共済』を運営しています
この事業は、会員[※]のみなさまからお預かりする保険料を財源として、万一(死亡・高度障害)の際に
会員本人とその家族に保険金をお支払いする相互扶助の制度です

※横浜市立学校教職員互助会の会員(ただし、育児休業代替任期付職員及び臨時的任用職員を除く)で申込書記載の告知内容に該当し、
令和7年2月1日現在満14歳6か月を超え、満80歳6か月までの方

令和6年度新採用正規教職員限定！

申込書のご提出をただただで、

100万円コースの保険料相当額を互助会が

令和7年2月～令和7年12月まで**全額負担**します！

※11ヵ月分

💡今だけのキャンペーンです！

パンフレットはこちらから！



互助会全額負担部分の保障内容：

- 死亡・高度障害・障害状態(障害年金1級)の場合、死亡・高度障害・障害保険金を(一時金または年金として)お支払いします
- 障害状態(障害年金1級、2級)の場合、障害初期給付金をお支払いします

加入対象区分	申込金額	死亡・高度障害のとき (死亡・高度障害保険金)	障害状態 (障害年金1級)のとき (障害保険金)	障害状態 (障害年金1級・2級)のとき (障害初期給付金)	月額保険料 (概算)
本人 (15～64歳)	100万円	100万円	100万円	10万円	598円

制度内容等詳細についてはパンフレットをご一読ください

提出方法

加入申込書に必要事項を記入し押印後、返信用封筒に
入れて**学校メール便**で互助会へ提出してください
※**確実な意思確認のため、お手数ですが加入の有無に関わらず、
できるだけ加入申込書の提出をお願いいたします**

申込締切日

令和6年10月11日(金)

問い合わせ先

☎045-253-3431 受付時間:9:00～17:00(土・日・祝日を除く)

制度引受会社(事務幹事): 明治安田生命保険相互会社 公法人第四部 法人営業第一部
横浜市立学校教職員互助会 ☎045-305-6800

記入例は裏面へ

・本制度は主契約(団体定期保険)と特約(年金払特約・障害特約)をセットしたものです。・死亡保険金の受取人は被保険者が本人および配偶者の場合は被保険者が指定した方です。高度障害保険金の受取人は被保険者です。
・障害保険金、障害初期給付金は本人のみ保障の対象となります。・障害保険金、障害初期給付金は64歳までが保障の対象となります。
・障害保険金、障害初期給付金は保険期間中に公的障害年金の受給権を取得した場合に保障の対象となります。(脱退後に受給権を取得してもお支払いできません。)
・死亡保険金、高度障害保険金、障害保険金は重複して支払われません。・障害保険金が支払われた場合はこの保険は脱退となります。・障害初期給付金のお支払いは1回限りです。
・高度障害保険金をお支払いし、脱退となった後に公的障害年金の受給権を取得しても障害初期給付金は支払われません。・障害初期給付金が支払われた後に増額されても障害初期給付金は保障の対象なりません。
※全額負担は申込書をご提出いただいた方に限ります。令和8年1月以降、保険料は給与から控除されます。
※本人の死亡・高度障害保険金額100万円コースの保険料相当額を互助会が補助します。なお、所属員が受け取った全額負担部分は雑所得の対象です。
※全額負担は将来減額・廃止される場合があります。
※税務の取扱いについては税制改正により、今後変更となる場合があります。
※個々の税務上の取扱いについては、必要に応じて、所轄の税務署等に確認してください。

申込書記入例

■ ご記入にあたりご確認ください

横浜市立学校教職員互助会 御中

生活年金共済
加入申込書兼告知書
団体定期保険

保険会社提出用

効力発効日(加入・増額日) 2025年 2月 1日
申込締切日 2024年 10月 11日

団体名 横浜市立学校教職員互助会

証券(事業所)番号 補助コード 所属コード 学校名 ① 会員番号 A10

21252820

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

被保険者	被保険者区	被保険者氏名 (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)	現在加入	申込	死亡保険金受取人欄	役退	確認印 [申込印]兼 [告知印]
本人	1	100	1 男	3 昭 5 平	万円	万円	2 100	新規変更	⑥
配偶者	1	200	1 男	3 昭 5 平	万円	万円	2 200	新規変更	
			5 女	年 月 日					

新加入・内容変更・脱退等する場合、必ず記入・押印ください。 申込日(告知日) 西暦 20 年 月 日 ⑤

必ず裏面の告知内容をご確認のうえ、お申し込みください

①学校名、会員番号（7桁の数字の職員番号）を記入してください

②被保険者氏名（カタカナ）・性別・生年月日を記入してください

③ご加入される保険金額を記入してください

※保険料の全額負担を希望の方は100万円コースとなりますので100と記載ください
(申込まない場合は加入しないに○をお願いします)

④死亡保険金受取人コードを指定してください

●受取人コードの意味

1：配偶者、2：子、3：父母、5：兄弟姉妹、7：法定相続人

9：個人指定（カタカナで氏名を記入）

・死亡保険金受取人は、配偶者および2親等以内の血族（子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹）のなかからご指定をお願いします

〈ご注意〉9：個人指定以外は受取人氏名の記入は不要です

⑤申込日（告知日）を記入してください

⑥「確認印」兼「申込印」兼「告知印」を押印してください

ご記入にあたって、ご不明点等ございましたら、
表面の問い合わせ先までお気軽にお問い合わせください！