

# 栄養士総合補償制度のご案内

賠償責任保険・傷害総合保険

**全員加入**

(会費を納入すると  
自動加入)



**任意加入**

(上乗せ補償制度)

上乗せ補償制度

申込締切日

**2024年3月15日(金)**

保険期間

**2024年4月1日(月)**

毎月1日付けで中途加入可能です。 ※中途加入の締切はご加入月前月の15日が締切日です。

5つのプランからご選択いただけます!

エコノミープラン

スタンダードプラン

ワイドプラン

弁護のちからプラン

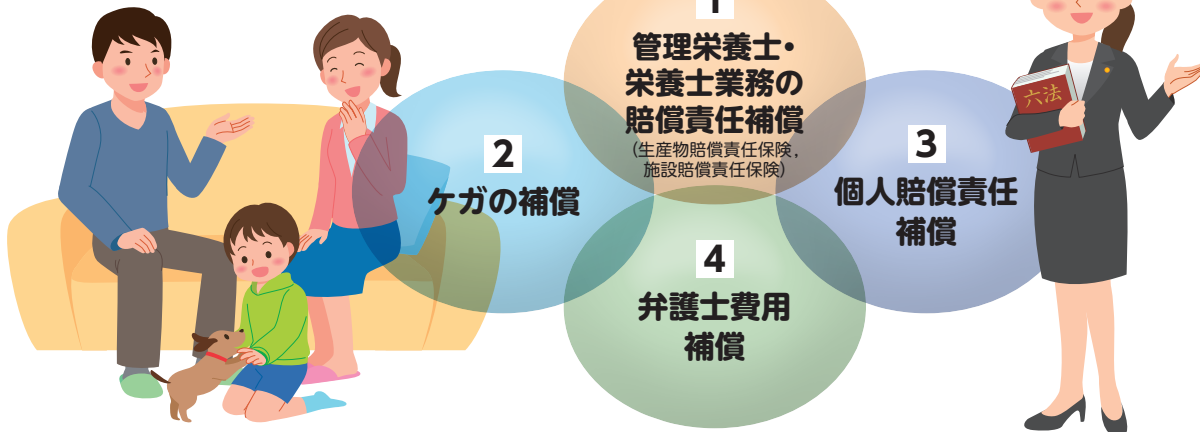
弁護のちからスーパープラン

## ■弁護のちからプラン

もっと身近に弁護士を! そんな声にこたえる保険

# 弁護のちから プランのご案内

弁護士費用総合補償特約セット傷害総合保険



弁護のちからプランは、4つの補償で皆さまの安心・安全な生活をお守りします。

●このチラシは概要を説明したものです。詳細につきましては、裏面に案内しているサイト掲載のパンフレットまたはパンフレットを請求して必ず内容をご確認ください。また、ご不明な点については、取扱代理店までお問い合わせください。

# 栄養士総合補償制度(上乘せ補償制度)で栄養士賠償責任

	保険種類	リスクの概要	栄養士賠償責任保険 保険金額
<b>栄養士賠償責任保険(全員自動加入)</b>			
業務遂行に 起因する 賠償リスク	生産物賠償 責任保険 (生産物特約条項)	被保険者が製造、販売、提供した飲食物や献立、栄養管理計画書などが原因で発生した第三者の身体の障害または財物の損壊について、法律上の損害賠償責任を負担することとなりました。 〈事故の例〉 ■提供した飲食物が原因で食中毒が発生してしまいました。 ■栄養管理が必要な患者が、栄養管理計画書の誤りにより亡くなりました。 ■給食管理上のミスにより生徒に身体の障害が発生した。	身体賠償・財物賠償共通 1名/1事故/保険期間中 <b>1億円</b> 自己負担額：なし
	施設賠償 責任保険 (施設所有管理者特約条項)	被保険者の行う業務(栄養指導など)や、所有、使用または管理する施設が原因で発生した第三者の身体の障害または財物の損壊について、法律上の損害賠償責任を負担することとなりました。 〈事故の例〉 ■地域活動中に参加者をケガさせてしまった。 ■業務で調理中に包丁で同僚をケガさせてしまった。 ■訪問栄養指導の際に、その家の花瓶を落として割ってしまった。	<div style="font-size: 4em; color: white; opacity: 0.5;">×</div> 補償されません。
	日常生活における 賠償リスク	24時間・365日、日常生活中に他人にケガをさせたり他人の財物を壊したりしたこと等により、法律上の損害賠償責任を負担することとなりました。 〈事故の例〉 ■自転車で人にぶつかり、ケガをさせてしまった。 ■ボランティアで老人の介護補助をしていた際、誤って転ばせてしまった。 ■休日に子供とキャッチボールをしていた際、誤って隣家の窓ガラスを割ってしまった。	
被保険者自身の 傷害リスク	24時間・365日、急激かつ偶然な外来の事故によりケガをしてしまった。 〈事故の例〉 ■訪問栄養指導に向かう際、交通事故にあい後遺障害が生じた。 ■地震で本棚の本が頭上に落下してケガをし入院した。 ■スポーツ中にケガをし通院した。(ワイドプラン、弁護のちからプラン、弁護のちからスーパープランのみ) ■調理中にやけどをして通院した。(ワイドプラン、弁護のちからプラン、弁護のちからスーパープランのみ)		
弁護のちから 法的トラブル リスク	傷害総合保険 (弁護士費用総合補償 特約セット)	次の法的トラブルにあってしまった。 〈事故の例〉 ■路上歩行中に他人が運転する自転車に追突され、ケガをした。 ■兄弟間の遺産分割の協議がまとまらず、調停での手続きとなった。 ■いわれもない誹謗中傷にあい、精神的苦痛を受けた。 ■夫婦間での協議がまとまらず、調停で離婚手続きを進めるしかなかった。	

管理栄養士・栄養士を取り巻くリスク

## さらに! 栄養士総合補償制度(上乘せ補償制度)に加入すると次のメリットがあります!

- プライバシーの侵害などに起因する慰謝料などに対して保険金をお支払いします。【人格権侵害補償】
- 保険金のお支払いの対象となるような損害賠償請求がなされた場合、あるいは損害賠償請求が発生するおそれがあることを被保険者が【事故対応特別費用】
- 日本国内における被保険者が行う業務において第三者がケガをした場合、法律上の損害賠償責任の有無にかかわらず支出した医療費用または葬【第三者医療費用】
- 対人事故が発生した場合に慣習として支出した見舞金・見舞品の購入費用や、対物事故が発生した場合に臨時に必要とする費用をお支払いします。【被害者対応費用】
- スタンダードプラン・ワイドプラン・弁護のちからプラン・弁護のちからスーパープランにご加入の場合は、傷害総合保険個人賠償責任補償特約の解決にあたる「示談交渉サービス」がご利用いただけます。ただし、賠償責任額が明らかに2,500万円(スタンダードプラン)・1億円(ワイドプラン) ※示談交渉サービスのご利用にあたっては、被保険者および損害賠償請求権者の方の同意が必要となります。
- スタンダードプラン・ワイドプラン・弁護のちからプラン・弁護のちからスーパープランにご加入の場合は、SOMPO 健康・生活サポートサービスが

# 保険(全員自動加入)の補償範囲外の事故をカバー!

栄養士総合補償制度 保険金額				
エコノミープラン	スタンダードプラン	ワイドプラン	弁護のちからプラン	弁護のちからスーパープラン
身体賠償・財物賠償共通 1名/1事故/保険期間中 <b>3億円<sup>(※)</sup></b> (※)お支払いする保険金が1億円以内の場合、栄養士賠償責任保険(全員自動加入)で補償します。 お支払いする損害賠償金等が1億円を超過した場合にかぎり、保険金をお支払いします。				
身体賠償・財物賠償共通 1名/1事故 <b>3億円</b>				
<div style="font-size: 4em; color: white; font-weight: bold;">×</div> 補償されません。	1事故 <b>2,500万円</b>		1事故 <b>1億円</b>	
	傷害保険の他、火災保険や自動車保険などで、この保険と同種の賠償責任を補償するご契約がある場合、補償の重複が生じる可能性がありますので、他のご契約の補償内容・保険金額を十分にご確認ください。			
	〈死亡・後遺障害〉 <b>98.5万円</b> 〈入院保険金日額〉 <b>1,000円</b> 〈手術保険金〉 入院時： 入院保険金日額の <b>10倍</b> 外来時： 入院保険金日額の <b>5倍</b>	〈死亡・後遺障害〉 <b>103.5万円</b> 〈入院保険金日額〉 <b>1,500円</b> 〈手術保険金〉 入院時： 入院保険金日額の <b>10倍</b> 外来時： 入院保険金日額の <b>5倍</b> 〈通院保険金日額〉 <b>750円</b>	〈死亡・後遺障害〉 <b>50万円</b> 〈入院保険金日額〉 <b>1,000円</b> 〈手術保険金〉 入院時： 入院保険金日額の <b>10倍</b> 外来時： 入院保険金日額の <b>5倍</b> 〈通院保険金日額〉 <b>500円</b>	〈死亡・後遺障害〉 <b>103.5万円</b> 〈入院保険金日額〉 <b>1,500円</b> 〈手術保険金〉 入院時： 入院保険金日額の <b>10倍</b> 外来時： 入院保険金日額の <b>5倍</b> 〈通院保険金日額〉 <b>750円</b>
	<div style="font-size: 4em; color: white; font-weight: bold;">×</div> 補償されません。			〈弁護士費用〉 <b>通算100万円限度</b> (自己負担割合10%) 〈法律相談・書類作成費用〉 <b>通算5万円限度</b> (自己負担額1,000円)

栄養士総合補償制度(上乗せ補償制度)にご加入いただくと...

知った場合において、被保険者がそのために支出した費用(文書作成費用、交通費、事故現場の調査費用、記録費用・通信費など)を補償します。  
 祭費用をお支払いします。

お支払対象となる賠償事故(日本国内での事故にかぎり)により損害賠償請求を受けた際には、損保ジャパンが示談交渉をお引き受けし、事故  
 ン、弁護のちからプラン、弁護のちからスーパープラン)を超える場合は対応しません。

ご利用いただけます。

## ご加入手続きについて

パンフレットの内容を必ず確認してから「払込取扱票 記載例」に従って、この「払込取扱票 (加入依頼書) (※)」に必要な事項をご記入のうえ、お近くの郵便局で下記記載のご加入プラン・ご加入日別の保険料をお払込みください。(振込手数料はお客様負担となります。)

(※) 必ず「払込取扱票 (加入依頼書)」をご使用ください。異なる「払込取扱票」を使用した場合、または「払込取扱票 (加入依頼書)」を使用せずにお払込みいただいた場合は、お申込みが無効となってしまいますのでご注意ください。

【ご注意】加入依頼書 (払込取扱票) の記載前に必ずご確認ください。

- ★または☆の事項は、ご加入にあたってお申し出いただく重要な事項 (告知事項) です。さらに☆の事項は、ご加入後、内容の変更が生じた場合に、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンまでご連絡いただく必要のある事項 (通知事項) でもあります。
- ★の事項が事実と相違している場合には「ご契約を解除させていただくこと」や「保険金をお支払いできないこと」がありますので、ご記入にあたっては十分ご確認ください。また、ご加入後に☆の事項の内容変更を遅滞なくご連絡またはそれに基づくお手続きがいただけない場合には、「保険金を削減してお支払いすること」または「ご契約または特約を解除させていただくことおよび保険金がお支払いできないこと」があります。
- ☆の事項以外の事実を変更される場合は、変更日までにご連絡ください。

## 加入申込の手順

□本紙記載の URL または 2次元コードからパンフレット (重要事項等説明書) の内容をご確認ください。

※インターネット環境のない方は代理店まで資料請求してください。

□記載例をご覧ください、払込取扱票 (加入依頼書) に必要な事項をご記入ください。

□払込取扱票をご利用のうえ保険料をお支払いください。

## パンフレットの確認・資料請求先

●株式会社エヌシーアイ

[http://n-c-i.co.jp/eiyoshi\\_sogo\\_hosho\\_seido.pdf](http://n-c-i.co.jp/eiyoshi_sogo_hosho_seido.pdf)



TEL : 03-3426-7757

※インターネット環境のない方は代理店エヌシーアイまで資料をご請求ください。

(ご注意)

・この用紙は、機械で処理しますので、金額を記入する際は、枠内にはっきりと記入してください。

また、本票を汚したり、折り曲げたりしないでください。

・この用紙は、ゆうちょ銀行又は郵便局の払込機能付きATMでもご利用いただけます。

・この払込書を、ゆうちょ銀行又は郵便局の渉外員にお預けになるときは、引換えに預り証を必ずお受け取りください。

・この用紙による、払込料金は、ご依頼人様が負担することとなります。

・ご依頼人様からご提出いただきました払込書に記載されたおところ、おなまえ等は、加入者様に通知されます。

・この受領証は、払込みの証拠となるものですから大切に保管してください。



この場所には、何も記載しないでください。

# ＜払込取扱票（加入依頼書） 記載例＞

00	東京	払込取扱票																																		
口座記号番号																																				
0	0	1	4	0	0	7	1	9	0	1	8	金	千	百	十	万	千	百	十	円																
												*							5	0	9	0														
加入者名	栄養士総合補償制度										料金						備考																			
※	加入依頼書 パンフレットの「重要事項等説明書」および「ご契約内容確認事項」を受領確認し、個人情報の取扱いに関する説明事項に同意し、署名の上、保険契約の加入を申し込みます。												各票の※印欄はご依頼人において記載してください。 記載事項を訂正した場合はその箇所に訂正印を押してください。 切り取らないでお出しください。																							
ご依頼人	加入対象者	フリガナ 〒160-8338	東京都新宿区西新宿1-26-1																						☆職業											
通信欄	★告知欄	フリガナ 〒	【加入依頼日:XXXX年 X月XX日】																						生年月日 ★満年齢	T-S-H 59年 2月 28日 (40歳)										
		フリガナ 〒	〇〇 ××																						電話番号	03 - 3593 - 6824			会員番号							
		ご加入プラン		<input type="checkbox"/> エコノミー		<input checked="" type="checkbox"/> スタンダード		<input type="checkbox"/> ワイド		<input type="checkbox"/> 弁護のちから		<input type="checkbox"/> 弁護のちからスーパー																								
【業務上の賠償責任に関する補償について】 同種の補償を受けられる他の保険契約がありますか。〔なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 〕 ありの場合その内容→保険会社〔 〕保険種類〔 〕満期日〔 〕ご契約金額〔 〕 【ケガまたは日常生活における賠償責任に関する補償について(エコノミーの場合回答不要)】 質問①ケガに対する保険金を受領または請求されるような事故が過去1年間ありましたか。〔いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 〕→はいの場合過去1年間の上記事故の合計回数〔 回〕 質問②同種の補償を行う他の保険契約などがありますか。〔いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 〕→はいの場合その内容:死亡・後遺障害保険金額の合計額〔 千円〕 入院保険金日額の合計額〔 円〕通院保険金日額の合計額〔 円〕												日	附	印																						
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)(承認番号東第54260号)												これより下部には何も記入しないでください。																								

## 振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	001400															
	7		1		9		0		1		8					
加入者名	栄養士総合補償制度															
金額	千	百	十	万	千	百	十	円					5	0	9	0
ご依頼人	※おなまえ 〇〇 ××															
料金	(消費税込) 日 附 印															
備考	様															

この受領証は、大切に保管してください。

### 【業務上の賠償責任に関する補償について】

同種の補償を受けられる他の保険契約がありますか。(なし あり  
 ありの場合その内容→保険会社〔 〕保険種類〔 〕満期日〔 〕ご契約金額〔 〕

### 【ケガまたは日常生活における賠償責任に関する補償について(エコノミーの場合回答不要)】

質問①ケガに対する保険金を受領または請求されるような事故が過去1年間ありましたか。(いいえ はい  
 はいの場合過去1年間の上記事故の合計回数→〔 回〕  
 質問②同種の補償を行う他の保険契約などがありますか。(いいえ はい  
 はいの場合その内容→死亡・後遺障害保険金額の合計額〔 千円〕  
 入院保険金日額の合計額〔 円〕通院保険金日額の合計額〔 円〕

## 払込取扱票

00	東京	払込取扱票																																			
口座記号番号																																					
0	0	1	4	0	0	7	1	9	0	1	8	金	千	百	十	万	千	百	十	円																	
												*												5	0	9	0										
加入者名	栄養士総合補償制度										料金						備考																				
※	加入依頼書 パンフレットの「重要事項等説明書」および「ご契約内容確認事項」を受領確認し、個人情報の取扱いに関する説明事項に同意し、署名の上、保険契約の加入を申し込みます。												各票の※印欄はご依頼人において記載してください。 記載事項を訂正した場合はその箇所に訂正印を押してください。 切り取らないでお出しください。																								
ご依頼人	加入対象者	フリガナ 〒	東京都新宿区西新宿1-26-1																						☆職業												
通信欄	★告知欄	フリガナ 〒	【加入依頼日:XXXX年 X月XX日】																						生年月日 ★満年齢	T-S-H 59年 2月 28日 (40歳)											
		フリガナ 〒	〇〇 ××																						電話番号	-			会員番号								
		ご加入プラン		<input type="checkbox"/> エコノミー		<input type="checkbox"/> スタンダード		<input type="checkbox"/> ワイド		<input type="checkbox"/> 弁護のちから		<input type="checkbox"/> 弁護のちからスーパー																									
【業務上の賠償責任に関する補償について】 同種の補償を受けられる他の保険契約がありますか。〔なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 〕 ありの場合その内容→保険会社〔 〕保険種類〔 〕満期日〔 〕ご契約金額〔 〕 【ケガまたは日常生活における賠償責任に関する補償について(エコノミーの場合回答不要)】 質問①ケガに対する保険金を受領または請求されるような事故が過去1年間ありましたか。〔いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 〕→はいの場合過去1年間の上記事故の合計回数〔 回〕 質問②同種の補償を行う他の保険契約などがありますか。〔いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 〕→はいの場合その内容:死亡・後遺障害保険金額の合計額〔 千円〕 入院保険金日額の合計額〔 円〕通院保険金日額の合計額〔 円〕												日	附	印																							
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)(承認番号東第54260号)												これより下部には何も記入しないでください。																									

## 振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	001400															
	7		1		9		0		1		8					
加入者名	栄養士総合補償制度															
金額	千	百	十	万	千	百	十	円					5	0	9	0
ご依頼人	※おなまえ 〇〇 ××															
料金	(消費税込) 日 附 印															
備考	様															

この受領証は、大切に保管してください。

## ご加入プラン・ご加入日別 保険料一覧表

ご加入日によって保険料が異なりますのでご注意ください。

ご加入手続き完了日	ご加入日(保険始期)	エコノミープラン	スタンダードプラン	ワイドプラン	弁護のちからプラン	弁護のちからスーパープラン
2024年 3月15日(金)	2024年 4月1日(月)	1,200円	5,090円	8,500円	13,440円	15,540円
2024年 4月15日(月)	2024年 5月1日(水)	1,100円	4,670円	7,790円	12,320円	14,240円
2024年 5月15日(水)	2024年 6月1日(土)	1,000円	4,240円	7,090円	11,210円	12,960円
2024年 6月14日(金)	2024年 7月1日(月)	900円	3,830円	6,370円	10,090円	11,650円
2024年 7月16日(火)	2024年 8月1日(木)	800円	3,400円	5,660円	8,960円	10,360円
2024年 8月15日(木)	2024年 9月1日(日)	700円	2,980円	4,960円	7,850円	9,070円
2024年 9月13日(金)	2024年10月1日(火)	600円	2,550円	4,260円	6,730円	7,790円
2024年10月15日(火)	2024年11月1日(金)	500円	2,120円	3,540円	5,600円	6,470円
2024年11月15日(金)	2024年12月1日(日)	400円	1,690円	2,840円	4,480円	5,180円
2024年12月13日(金)	2025年 1月1日(水)	300円	1,280円	2,130円	3,370円	3,890円
2025年 1月15日(水)	2025年 2月1日(土)	200円	850円	1,420円	2,230円	2,590円
2025年 2月14日(金)	2025年 3月1日(土)	100円	430円	710円	1,130円	1,300円

※スタンダードプラン・ワイドプラン・弁護のちからプラン・弁護のちからスーパープランに含まれる傷害総合保険の保険料は職種級別A級（管理栄養士、栄養士、料理人、飲食店従業員、給仕従事者、専業主婦、学生、無職の方など）の場合の保険料です。その他職種の方は保険料が異なる場合がありますので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。

※スタンダードプラン・ワイドプラン・弁護のちからプラン・弁護のちからスーパープランに含まれる傷害総合保険の保険料は、前年のご加入者数により決定した団体割引5%を適用し、天災危険補償特約をセットした保険料となっております。

### パンフレットの請求・加入手続きのお問い合わせ先

[取扱代理店]  
株式会社エヌシーアイ

〒154-0017  
東京都世田谷区世田谷 4-7-6 セイフピア 3階

TEL. 03-3426-7757

FAX. 03-3426-9779

[受付時間] 平日の9:00～18:00  
(土日、祝日、年末年始を除きます。)

[引受保険会社]  
損害保険ジャパン株式会社  
医療・福祉開発部 第二課

〒160-8338  
東京都新宿区西新宿 1-26-1

TEL.03-3349-5137

[受付時間] 平日の9:00～17:00  
(土日、祝日、12/31～1/3を除きます。)