

京セラグループの社員とそこご家族の皆さまへ

プランが新しくなりました

健康をサポートする医療保険

健康のお守り

医療保険(MI-01)B型

簡易告知

京セラグループオリジナル

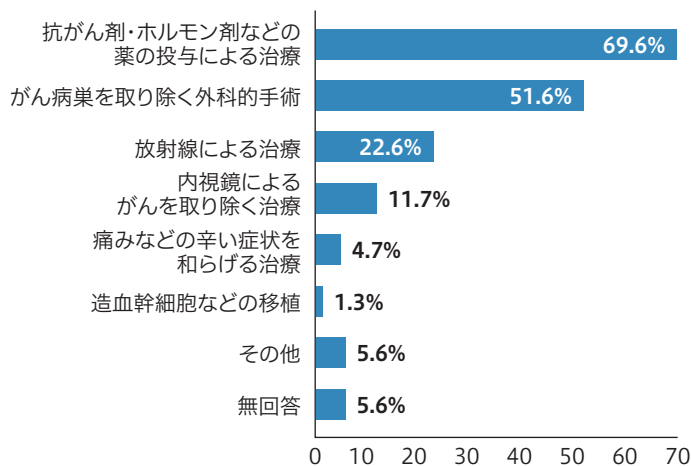
# SOMPOひまわり生命 医療・がんセットプラン

終身  
保障型

病気・がん・ケガによる入院・手術を一生涯保障

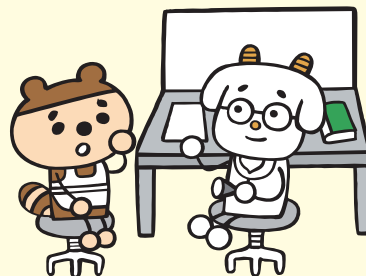
参考

病院で受けた治療の種類(複数回答)



東京都福祉保健局  
「東京都がん対策推進計画に係る患者・家族調査報告書(令和5年3月)」を  
もとにSOMPOひまわり生命で作成

多様化している  
がん治療を  
サポートします!



POINT 1



京セラグループ限定  
簡単な告知で  
お申込み可能

POINT 2



団体扱いにより  
一般よりも割安かつ  
給与天引きが可能

POINT 3



本年度より  
ライトプランを新設

問い合わせ先(保険会社等の相談・苦情・連絡窓口)

引受保険会社

SOMPOひまわり生命保険株式会社

〒100-8963

東京都千代田区霞が関3-7-3 損保ジャパン 霞が関ビル

〈公式ウェブサイト〉 <https://www.himawari-life.co.jp/>

TEL 03-6742-3111 (代表) SOMPOグループの一員です。

取扱代理店

京セラインターナショナル株式会社

〒612-8501

京都府京都市伏見区竹田鳥羽殿町6

TEL 075-604-3520

メールでの問い合わせ [kic-info@gp.kyocera.jp](mailto:kic-info@gp.kyocera.jp)

# 医療・がんセットプラン

病気やケガによる入院・手術はもちろん、通院や抗がん剤など多様化しているがん治療に備えることができます！

保障内容 保険期間：終身 保険料払込期間：終身 入院給付金日額：5,000円

NEW

ライト  
プラン

スタンダード  
プラン

プレミアム  
プラン

<b>入院</b> <small>(疾病入院給付金)<sup>※1</sup>  <small>(災害入院給付金)</small> </small>	<b>日帰り入院対応</b> 病気やケガで入院したとき <b>1入院60日限度</b> 病気で通算1000日限度 <small>(ただし、新三大疾病<sup>※2</sup>による入院は通算無制限)</small> ケガで通算1000日限度	1日につき <b>5,000円</b>		
<b>手術</b> <small>(手術給付金)</small>	<b>何度でも*</b> 病気やケガによる所定の手術・放射線治療、造血幹細胞移植を目的とした骨髓幹細胞または末梢血幹細胞の採取術を受けたとき *一部例外や対象外となる手術があります。	内容により1回につき <b>20・10・5・2.5万円</b>		
<b>入院一時金<sup>※1</sup></b> <small>医療用入院一時金特約</small>	<b>1入院1回限度</b> 病気やケガにより疾病入院給付金または災害入院給付金が支払われる入院をしたとき	1入院につき <b>5万円</b>		
<b>先進医療</b> <small>(先進医療給付金)                      医療用新先進医療特約<sup>※3</sup></small>	<b>通算2,000万円まで保障</b> 先進医療 <sup>※4</sup> による療養を受けたとき	<b>先進医療の技術料</b>		
<b>がん診断</b> <small>(がん診断給付金)                      医療用新がん診断給付特約</small>	<b>回数無制限 1年に1回限度</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>初めてがん医師により診断確定されたとき</li> <li>前回のがん診断給付金のお支払事由が当該日から起算して1年を経過した後に新たにがん(再発・転移を含む)と医師により診断確定されたとき</li> <li>前回のがん診断給付金のお支払事由が当該日から起算して1年経過後にがんの継続治療(入院・外来治療)を受けたとき</li> </ul>	1回につき <b>50万円</b>		
<b>がんで外来</b> <small>(がん外来治療給付金)                      医療用新がん外来治療給付特約<sup>※5</sup></small>	医師により診断確定されたがんの治療を目的として、医師の治療処置を伴う外来治療(通院・往診)を外来治療期間中に受けたとき <ul style="list-style-type: none"> <li>がんの治療を行ったことにより発生したがん以外の疾病および症状(合併症)に対する治療は、保障の対象外となります。</li> <li>がんの治療を目的とした入院中に外来治療を受けられた場合には、がん外来治療給付金はお受け取りいただけません。</li> </ul> <b>通算 無制限 外来治療期間1年につき 120日限度</b>	1日につき <b>5,000円</b>		
<b>抗がん剤治療</b> <small>(抗がん剤治療給付金)                      (自由診療抗がん剤治療給付金)                      医療用抗がん剤治療給付特約</small>	<b>抗がん剤治療給付金</b> 公的医療保険制度の対象となる抗がん剤治療を受けたとき <b>通算 無制限</b> <b>自由診療抗がん剤治療給付金</b> つぎのいずれかの抗がん剤治療を受けたとき(抗がん剤治療給付金のお支払対象となる抗がん剤治療を除きます。) ① 先進医療 <sup>※4</sup> による抗がん剤治療 ② 患者申出療養 <sup>※4</sup> による抗がん剤治療 ③ がんを適応症として厚生労働大臣に承認されている抗がん剤による治療 ④ 欧米で承認された抗がん剤による治療 <b>通算 12か月限度</b>	お支払事由に該当する月ごとに <b>5万円</b> お支払事由に該当する月ごとに <b>10万円</b>		
<b>保険料免除</b> <small>医療用保険料免除特約</small>	つぎのいずれかに該当した場合、以後の保険料のお払込みは必要ありません。 ① 七大疾病により所定の事由に該当したとき。 対象となる七大疾病は「がん(上皮内がん含む)」「心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎不全」「肝硬変」「糖尿病」「高血圧性疾患」です。 ② 国民年金法にもとづく障害等級1級または2級の状態で該当していると認定され、障害基礎年金の受給権が生じたとき(精神障害の状態に該当している場合を除きます。) ③ 引受保険会社所定の就労不能状態に該当したとき			左記①～③に該当した場合、以後の保険料の払込が免除となります

一生  
涯  
保  
障

ホル  
モン  
療  
法  
も  
対  
象

カスタマイズをご希望の方はこちら (KICへのお問い合わせ)



- 主契約は死亡保険金不担保特則付医療保険(MI-01)B型・60日型です。
- 死亡保険金と保険料払込期間中の解約返戻金はありません(死亡保険金不担保特則)。
- ※1 責任開始日前および責任開始日からその日を含めて14日目までの期間中に発病した、所定の感染症を直接の原因として入院した場合には、お支払いできません。  
対象となる感染症は、引受保険会社公式ウェブサイトをご覧ください。
- ※2 対象となる 新三大疾病 は「がん(上皮内がん含む)」「心疾患」「脳血管疾患」です。

- ※3 被保険者が、既に引受保険会社で所定の先進医療関係の保障にご加入の場合には、付加できません。
- ※4 先進医療・患者申出療養とは、厚生労働大臣が定める施設基準および医療技術または個別に認める医療技術に該当するものをいい、療養を受けた日現在に規定されているものに限り、対象となる施設基準・医療技術は変動します。
- ※5 この特約は医療用新がん診断給付特約と同時付加が必要です。

「医療用新がん診断給付特約」「医療用新がん外来治療給付特約」「医療用抗がん剤治療給付特約」「医療用保険料免除特約」の  
がん(上皮内がん含む)に対する保障の開始は、主契約の責任開始日からその日を含めて91日目となります。

# 保険料

左面の保障内容・団体A扱・月払の場合  
単位:円  
(2025年10月現在)

男 性				女 性			
年 齢	ライト	スタンダード	プレミアム	年 齢	ライト	スタンダード	プレミアム
6	1,411	1,616	2,160	6	1,561	1,876	2,500
7	1,421	1,636	2,190	7	1,581	1,906	2,545
8	1,436	1,656	2,230	8	1,611	1,946	2,575
9	1,456	1,681	2,285	9	1,641	1,991	2,645
10	1,481	1,716	2,336	10	1,671	2,031	2,706
11	1,506	1,751	2,401	11	1,706	2,081	2,781
12	1,541	1,791	2,456	12	1,751	2,136	2,841
13	1,581	1,841	2,541	13	1,791	2,191	2,916
14	1,616	1,886	2,612	14	1,836	2,251	2,997
15	1,656	1,936	2,692	15	1,886	2,316	3,087
16	1,696	1,986	2,772	16	1,936	2,381	3,192
17	1,731	2,026	2,858	17	1,981	2,436	3,288
18	1,771	2,081	2,953	18	2,036	2,511	3,403
19	1,826	2,151	3,059	19	2,096	2,586	3,514
20	1,876	2,211	3,159	20	2,146	2,656	3,634
21	1,931	2,281	3,270	21	2,201	2,731	3,755
22	1,981	2,346	3,385	22	2,256	2,811	3,880
23	2,046	2,421	3,521	23	2,301	2,876	4,016
24	2,111	2,506	3,657	24	2,356	2,956	4,152
25	2,181	2,591	3,807	25	2,401	3,026	4,277
26	2,246	2,676	3,963	26	2,451	3,106	4,408
27	2,311	2,756	4,129	27	2,496	3,171	4,534
28	2,381	2,846	4,295	28	2,541	3,246	4,655
29	2,456	2,946	4,466	29	2,581	3,311	4,781
30	2,536	3,046	4,661	30	2,631	3,391	4,896
31	2,616	3,146	4,847	31	2,661	3,451	5,017
32	2,701	3,251	5,048	32	2,691	3,511	5,128
33	2,781	3,351	5,254	33	2,741	3,591	5,224
34	2,871	3,461	5,490	34	2,781	3,666	5,335
35	2,966	3,581	5,716	35	2,831	3,746	5,461
36	3,071	3,716	5,973	36	2,876	3,826	5,583
37	3,186	3,861	6,239	37	2,931	3,911	5,709
38	3,301	4,006	6,520	38	2,981	3,996	5,855
39	3,416	4,156	6,816	39	3,036	4,076	5,996
40	3,546	4,321	7,117	40	3,091	4,161	6,137
41	3,681	4,486	7,444	41	3,161	4,266	6,289
42	3,826	4,676	7,790	42	3,236	4,366	6,445
43	3,966	4,846	8,166	43	3,316	4,466	6,601
44	4,126	5,046	8,548	44	3,396	4,571	6,748
45	4,296	5,256	8,949	45	3,481	4,681	6,909
46	4,461	5,466	9,370	46	3,571	4,796	7,060
47	4,651	5,711	9,821	47	3,656	4,896	7,201
48	4,831	5,936	10,302	48	3,741	4,996	7,352
49	5,031	6,191	10,799	49	3,836	5,106	7,519
50	5,231	6,441	11,311	50	3,936	5,226	7,681
51	5,446	6,721	11,857	51	4,036	5,346	7,857
52	5,666	7,001	12,444	52	4,146	5,476	8,049
53	5,901	7,296	13,050	53	4,251	5,601	8,250
54	6,141	7,606	13,677	54	4,381	5,751	8,452
55	6,401	7,931	14,308	55	4,511	5,901	8,668
56	6,646	8,246	14,955	56	4,641	6,056	8,905
57	6,926	8,601	15,611	57	4,781	6,216	9,156
58	7,206	8,951	16,297	58	4,931	6,386	9,417
59	7,501	9,326	16,983	59	5,086	6,561	9,683
60	7,801	9,696	17,679	60	5,241	6,741	9,954
61	8,116	10,091	18,395	61	5,396	6,911	10,240
62	8,436	10,496	19,115	62	5,571	7,106	10,525
63	8,776	10,916	19,876	63	5,736	7,286	10,826
64	9,116	11,341	20,607	64	5,921	7,491	11,122
65	9,471	11,781	21,322	65	6,101	7,681	11,427

## 医療用入院一時金特約について

**医療用入院一時金特約** を付加することで、短期入院でも手厚い保障を準備することが可能です。

### 医療用入院一時金特約の保障内容

疾病入院給付金または災害入院給付金が支払われる入院をしたとき、入院一時金をお受取りいただけます。(1入院1回限度)

### Point 異なる病気・ケガの場合、それぞれに対してお受取りが可能！

入院の原因が、異なる病気・ケガ<sup>※</sup>であれば、180日以内に複数回入院した場合でも、それぞれの入院に対してお受取りが可能です。  
※一度入院して退院しても、180日以内に原因が同一または医学上重要な関係がある入院をした場合は、1入院とみなします。

### 入院一時金のお受取りについて



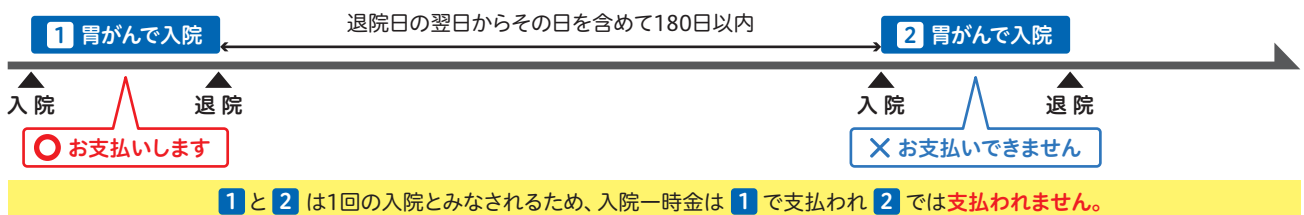
注意

1回の入院についての入院一時金のお支払いは1回限りです。

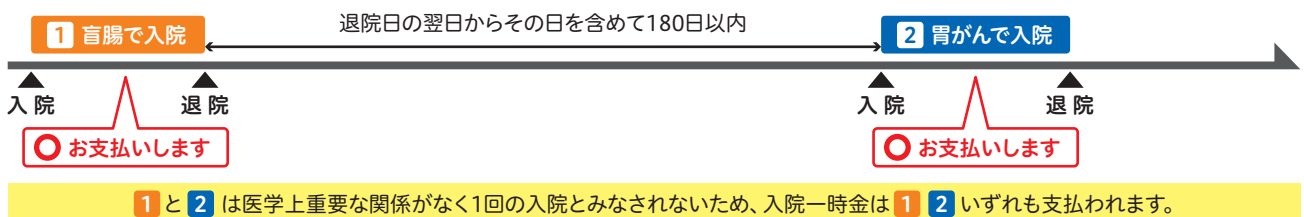
また、下記のいずれかに該当する場合についても、それらの入院を通じて入院一時金のお支払いは1回限りとします。

- 入院を2回以上した場合で、1回の入院とみなされるとき
- 疾病の治療を目的とした入院を開始した時に、異なる疾病を併発した場合、またはその入院中に異なる疾病を併発した場合で、その入院開始の直接の原因となった疾病により継続して入院したものとみなされるとき

#### 例1 胃がんで入院し、退院後180日以内に胃がんで再度入院した場合



#### 例2 盲腸で入院し、退院後180日以内に胃がんで入院した場合



## 医療用新がん診断給付特約について

がん(上皮内がん含む)と医師により診断確定された場合、**がん診断給付金**をお受取りいただけます。  
また、再発<sup>※1</sup>や転移、継続治療(入院・外来治療)などに該当した場合でも同額をお受取りいただけます。

お支払事由

1回目 初めてがんと医師により診断確定されたとき

2回目 直前のお支払事由から起算して1年を経過した後に、つぎのいずれかに該当したとき<sup>※2</sup>  
●新たにがん<sup>※1</sup>と医師により診断確定されたとき ●がん治療のために入院を開始または継続しているとき  
●がん治療のための外来治療を受けたとき<sup>※3</sup>

※1 再発とはすでに診断確定されたがんが、治療したことにより認められない状態になった後に再発したと診断確定されることです。

※2 被保険者が治癒または寛解状態でない場合に限りします。

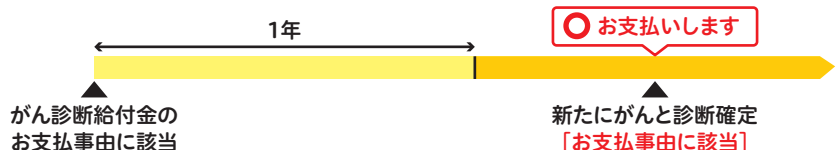
※3 がんの消滅・破壊などを直接の目的とした、①手術療法②放射線療法③化学療法<sup>※1</sup>④疼痛緩和療法<sup>※2</sup>のいずれかの治療が引き続き必要と認められる場合に限りします。  
※1 がんを適応症として定めている薬剤(自由診療を含む抗がん剤やホルモン剤等)を投与することにより、がんを破壊またはがんの発育・増殖を抑制することを目的とした治療法(細胞免疫療法、ワクチン療法を含む)をいいます。

※2 薬剤の投与または処置を行うことにより、がんによる痛みを緩和することを目的とした治療をいいます。

### 2回目以降のがん診断給付金のお受取りについて

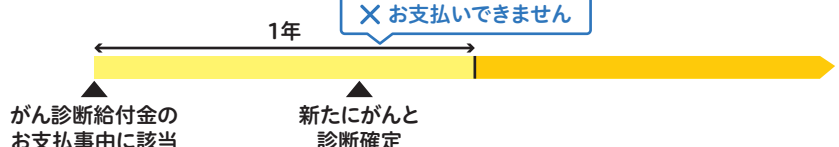
#### 事例1

直前のがん診断給付金のお支払事由に該当した日から起算して**1年を経過した後に新たにがん**と診断確定された場合



#### 事例2

直前のがん診断給付金のお支払事由に該当した日から起算して**1年以内に新たにがん**と診断確定された場合





## 告知について

以下の5つの告知がすべて「いいえ」の場合はお申込みいただけます。※プレミアムプランのみ6つの告知が必要

1	告知日現在、病気やけがで入院中ですか。 または最近3か月以内に医師により入院・手術をすすめられたことがありますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
2	告知日より過去1年以内に病気で、継続して10日以上入院をしたことがありますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
3	今までに、がん（悪性新生物・悪性腫瘍）または「上皮内がん」にかかったことがありますか。 「がん」には、白血病・骨髄腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。 「上皮内がん」には、子宮頸部高度異形成または病理組織診断CIN3を含みます。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
4	告知日より過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、 以下の①～③で異常（要再検査・要精密検査・要治療）を指摘されたことがありますか。 ①ポリープ・腫瘍・異形成・異型上皮 （例：胃ポリープ、大腸ポリープ、子宮ポリープ、卵巣腫瘍、卵巣のう腫、子宮筋腫、ポリポース） ②乳房の異常（例：しこり、腫瘍、乳腺炎、マンモグラフィー・乳腺エコー検査の異常石灰化） ③B型肝炎ウイルスキャリア・C型肝炎ウイルスキャリア ※再検査・精密検査を受けた結果、今後、診察・検査（経過観察）・治療のいずれも 必要ないと言われた場合は「いいえ」に○をしてください。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
5	【女性のみ】 【満18歳以上の女性のみ】告知日現在、妊娠していますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

※ プレミアムプランのみ 以下6の告知も必要になります

6	告知日より過去2年以内に、以下の①～⑤いずれかの病気で、7日間以上にわたる医師による 診察・検査・治療、あるいは7日分以上の投薬（薬の処方を含む）を受けたことがありますか。 ①心筋梗塞、狭心症、不整脈（心房細動を含む）、心筋症、心臓弁膜症、肺塞栓、心膜炎、心内膜炎、心不全 ②脳卒中、もやもや病、硬膜下出血、硬膜外出血、一過性脳虚血発作、椎骨脳底動脈循環不全 ③慢性肝炎、肝硬変 ④慢性腎炎、慢性腎不全、慢性腎臓病、ネフローゼ ⑤糖尿病	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
---	--	--

- 付加する特則・特約によって追加で告知が必要な場合があります。
- お申込み時の告知がすべて「いいえ」の場合でも、お仕事の内容や過去のお申込み（または同時申込みした他の保険商品）の告知内容や給付金支払歴によってはお引受けできない場合があります。
- お申込みに際しては、告知書（告知サポート資料）を必ずご確認ください。

## 給付金などのお支払いについて

入院給付金などの各種給付金は、ご契約の責任開始期※以後に生じた疾病、不慮の事故などを原因として入院や手術などをした場合にお支払いします。  
ご請求の原因となる疾病や不慮の事故などが責任開始期前に生じている場合、告知の対象でなくてもこれらの給付金などはお支払いすることができません。  
ただし、責任開始期から2年経過後に開始した入院や受けた手術などについては、責任開始期以後の原因によるものとみなして給付金などをお支払いします。  
※責任開始期とは、ご契約の保障が開始される時期をいいます。

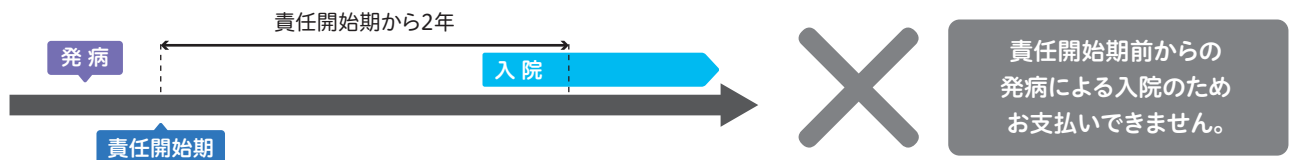
### お支払いできる場合

（例）ご契約の責任開始期前に発病した「病気等」により、責任開始期から2年を経過して入院を開始された場合



### お支払いできない場合

（例）ご契約の責任開始期前に発病した「病気等」により、責任開始期から2年以内に入院を開始された場合



●お仕事の内容・健康状態・保険のご加入状況などによっては、ご契約をお引受けできない場合や保障内容を制限させていただく場合があります。

このご案内は、商品の概要を説明したものです。詳細につきましては「商品パンフレット」  
「ご契約のしおり・約款」「ご契約に際しての重要事項(契約概要・注意喚起情報)」を必ずご覧ください。

# お客様返信シート

申込みをご希望の方は、下記必要事項をご記入のうえご提出ください。  
(返信シート提出後、申込書+告知書を送付します。)



1 お客様情報をご記入ください。 返信シートはWEBでの入力提出も可能です。

お名前	フリガナ	性別	生年月日	
		(男) (女)	S・H・R	年 月 日(満 歳)
会社名	所属先・部署名			
社員番号	所属コード			
プラン選択	<input type="checkbox"/> ライトプラン <input type="checkbox"/> スタンダードプラン <input type="checkbox"/> プレミアムプラン <input type="checkbox"/> その他(カスタマイズ希望)			
LINE募集を希望しますか?		<input type="checkbox"/> はい		
備考欄				

2 ご家族さま※の保障をご希望の場合ご記入ください。 ※契約者と生計を一にする2親等以内の親族

お名前	フリガナ	性別	生年月日	続柄
		(男) (女)	S・H・R 年 月 日(満 歳)	(配偶者)・(子) その他( )
プラン選択	<input type="checkbox"/> ライトプラン <input type="checkbox"/> スタンダードプラン <input type="checkbox"/> プレミアムプラン <input type="checkbox"/> その他(カスタマイズ希望)			
備考欄				

お名前	フリガナ	性別	生年月日	続柄
		(男) (女)	S・H・R 年 月 日(満 歳)	(配偶者)・(子) その他( )
プラン選択	<input type="checkbox"/> ライトプラン <input type="checkbox"/> スタンダードプラン <input type="checkbox"/> プレミアムプラン <input type="checkbox"/> その他(カスタマイズ希望)			
備考欄				

個人情報の取扱いについて  
資料請求用紙により頂戴したお客様の個人情報に基づき、当社が取扱う保険商品のご提案、資料の送付をさせていただくことがあります。また、お客様の情報を引受保険会社SOMPOひまわり生命保険株式会社に提供する場合がありますのであらかじめご了承ください。なお、お客様の個人情報の取扱いについてご質問などございましたら、お気軽にお問い合わせください。