

休職して収入が減少 してしまったら…

「生きる」を創る。



あなたの生活はどう変わりますか？

働く人の**10人に1人**は、**1か月(31日)以上**の休職^(※1)を経験しています。



(※1) 有給休暇や欠勤などを含みます(産休・育休は含みません)

1か月以上休職した人のうち、**約7割**の人の**収入が減少**しています。

「被用者保険加入者へのインターネット調査(2021年9月アフラック実施)」

休職は、**身近なリスク**です。

もしものときも、今の生活を変えないように
休職時の収入減少に備えましょう。

働くあなたを支える

アフラックの 休職保険

3つの特長

特長1

お給料のように
**毎月受け取れる
給付金**

病気やケガで休職(就労困難状態)が
31日以上継続^(※2)したとき、
毎月給付金をお支払いします
(※2) 有給休暇の取得期間中も含みます

特長2

**お手頃な
保険料**

保険期間を1年とすることで、
お手頃な保険料水準を実現!
収入減少に備えたい期間だけ
保障を準備できます
(最長70歳まで)

特長3

**わかりやすい
支払条件**

勤務先による休職証明と
医師による在宅療養の指示により
給付金をお支払いします

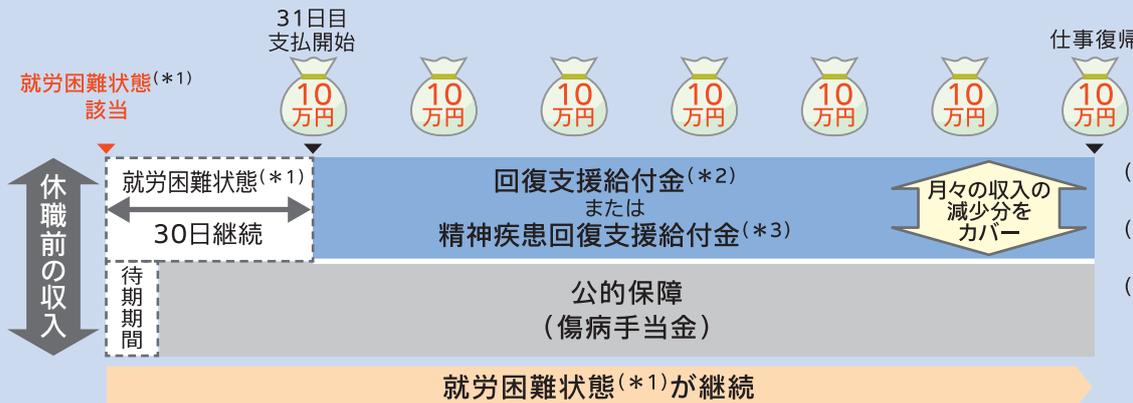
この保険は、ご加入時に被用者保険の被保険者である場合に限りお申込みいただけます
(会社員の配偶者などの被扶養者や国民健康保険加入者はお申込みいただけません)

▶ 保障内容は裏面をご覧ください。

アフラックの 休職保険

保障イメージ

- 1型(精神疾患保障あり)
- 10万円コース(回復支援給付金月額10万円、精神疾患回復支援給付金月額10万円)
- 保険期間・保険料払込期間:1年



- (※1) 就労困難状態の詳細については、「契約概要」などをご確認ください。
- (※2) 同一の就労困難状態について、12回限度(通算60回限度)
- (※3) 通算12回限度

ご希望により、給付金の月額を変更することもできます。

保険料例(個別取扱・月払)

男性	1型(精神疾患保障あり)		2型(精神疾患保障なし)		女性	1型(精神疾患保障あり)		2型(精神疾患保障なし)	
	5万円コース	10万円コース	5万円コース	10万円コース		5万円コース	10万円コース	5万円コース	10万円コース
20~24歳	955円	1,910円	755円	1,510円	20~24歳	1,200円	2,400円	955円	1,910円
30~34歳	1,020円	2,040円	825円	1,650円	30~34歳	1,295円	2,590円	1,070円	2,140円
40~44歳	1,135円	2,270円	950円	1,900円	40~44歳	1,395円	2,790円	1,205円	2,410円
50~54歳	1,550円	3,100円	1,360円	2,720円	50~54歳	1,615円	3,230円	1,445円	2,890円

- 保険期間・保険料払込期間:1年
- 1型(精神疾患保障あり)
5万円コース:回復支援給付金月額/精神疾患回復支援給付金月額5万円
10万円コース:回復支援給付金月額/精神疾患回復支援給付金月額10万円
- 2型(精神疾患保障なし)
5万円コース:回復支援給付金月額5万円
10万円コース:回復支援給付金月額10万円

「アフラックの休職保険」は1年ごとに保障が継続されます(アフラックが承諾した場合に限ります)。継続後の保険料は継続日現在の被保険者の満年齢・保険料率によって決まります。

●記載の保障内容・保険料は2022年3月22日現在のものです。●商品の詳細は「パンフレット」「契約概要」等をご覧ください。

お問い合わせ、お申込みは

<募集代理店> (アフラックは代理店制度を採用しています)

<引受保険会社>

Aflac アフラック

〒163-0456 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル

URL <https://www.aflac.co.jp/>

契約内容の照会・各種お問い合わせ・ご相談ならびに苦情について
コールセンター **0120-5555-95**

P21091

AFツール-2022-0051 2月4日

返信カード

取りまとめ先(提出先)

1 ご希望の内容に をおつけください。

ご希望商品 アフラックの休職保険 その他()

ご希望事項 契約を希望する 見積を希望する 詳しい資料が欲しい 説明が聞きたい

2 お客様の情報をご記入ください。(ご家族の方が希望される場合にも、ご本人の欄(太線枠)は必ずご記入ください)

現住所	フリガナ						
	〒	—	(都)	(道)	(府)	(県)	自宅TEL()() () 日中の連絡先()()()
ご本人様	お名前			性別	生年月日		
	フリガナ	様		(男性) (女性)	年	月	日
ご家族様	お名前			性別	生年月日		
	フリガナ	様		(男性) (女性)	年	月	日
				続柄	(配偶者) (親) (その他())		

<個人情報の取扱いについて> 募集代理店 宛 今回提供する個人情報の募集代理店における利用目的が、アフラックの各種商品やサービスの案内・提供・維持管理であることを確認しました。また、これらの利用目的のために募集代理店がその提携先であるアフラックに登録されている代理店と共同して対応する際には、個人情報が当該代理店に提供されることにつき同意します。