

2023
August

にちぜいきょうさい
日本税理士共済会 からのお知らせ

募集が始まりました!

モバイルサイトは
こちら



税理士とその配偶者が加入できる

おしどり保障

旧個人年金保険料控除適用の

個人年金

ハイパーメディカル プラス

がんの先進医療や
がん通院も補償対象

新理事長ごあいさつ

平素より日本税理士共済会「にちぜいきょうさい」に格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
去る6月30日開催の定期総代会において弊会の新たな役員が選出され、私が理事長に再任されました。
昭和28年、西日本を襲った大豪雨の災禍を機に日税連に生まれた税理士どうしの「助け合いの精神」は、その後70年を経た現在においても、独自の「災害見舞金」制度と「会務従事者見舞金支援」制度として「にちぜいきょうさい」に引き継がれております。

これらの見舞金制度を支えるのは、弊会が取り扱う保障や年金等にご加入の皆様にご負担いただいている制度運営費に基づく積立金です。

このやさしい心の寄り添いが、ご自身及び税理士仲間の万一の際の大きな助け合いの輪につながります。
今回は、税理士とその配偶者が一緒に加入できる「おしどり保障」と、職員の方も加入し積み立てできる「個人年金」をご紹介します。

次の世代につなげていきたいもの、それは、税理士どうしの助け合いです。
ぜひとも皆様のご加入を賜りますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

令和5年8月

日本税理士共済会 理事長 **江本 英仁**



募集が始まりました！

同封のパンフレットをご覧ください

おしどり保障

ご夫婦を同時に保障する団体定期保険(生命保険)

申込締切／2023年9月22日(金)必着

責任開始日 2023年12月1日

● 弔慰金(死亡保険金)・高度障害保険金

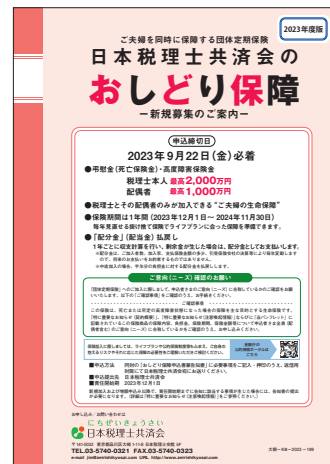
税理士本人 最高 2,000万円

配偶者 最高 1,000万円

● 保険期間は1年間(2023年12月1日～2024年11月30日)

ご夫婦のライフプランにあわせて毎年保障の見直しができます。

お申込みは ▶ 同封の申込書に必要事項をご記入のうえ返信用封筒で共済会宛にお送りください。



個人年金

税理士・事務所職員の方が個人単位で加入できる
拠出型企業年金保険

申込締切／2023年9月29日(金)必着

加入年月日 2023年10月1日

● 旧個人年金保険料控除適用

● 月掛1万円から最高50万円まで

● 別途積増金制度あり(1回につき10万円から最高500万円まで)

一人一人のライフスタイルにあわせた積立が可能。月掛にご加入の方は、資金に余裕のあるときには別途積増金として積立金を増やすことも可能です。新規加入・月掛増口・別途積増の機会は3月末締切と9月末締切の年2回です。

● 最長85歳まで積立可。受取方法は受給時に選択可能

新規ご加入は74歳まで、積立は満85歳まで可能です。

10年以上積み立てた満60歳以上の方は、①10年確定年金 ②10年保障終身年金 ③脱退一時金のいずれかの受取方法を選べます。※脱退一時金のお受け取りはいつでも可能です。

お申込みは ▶ 同封の申込書に必要事項をご記入のうえ返信用封筒で共済会宛にお送りください。



定期総代会を開催し、新役員が決定しました。

6月30日(金)東京マリオットホテルにて第71回定期総代会が開催され、全議案が可決決定されました。また、新たな役員が選任され、当日の理事会であたらしい正副理事長が選任されました。

理事長 江本英仁 (関東信越)

副理事長 熊田耕治 (東北) 脇坂雄一 (東京) 西 宏昌 (中国) 富村将之 (近畿) 松本信幸 (九州北部)

専務理事 設楽勇二 (東京) 植野正子 (関東信越)

常務理事 横尾 稔 (東京地方) 榎 淑香 (千葉県) 佐藤昌義 (関東信越) 今野美香 (北海道) 大野義豊 (名古屋)
小西 宏 (東海) 山形 晃 (北陸) 二川博之 (四国) 岩元正樹 (南九州) 國仲勝則 (沖縄)

税理士 団体保障

- 税理士・事務所職員の方が個人単位でも加入できます。
- 配分金(配当金)あり。1年更新。最長80歳まで継続できます。
- 弔慰金は130万円から 4,000万円までの11グレードから選択できます。

【ご参考】1か月分負担金例 実際は年4回、1回につき3か月分を自動振替します。

(単位:円)

弔慰金(死亡保険金)		年齢層		15~35歳	36~40歳	41~45歳	46~50歳	51~55歳	56~60歳	61~65歳	66~70歳
病氣死亡	災害死亡	保障期間	性別								
2,000万円	3,000万円	70歳まで	男性	3,407	3,927	4,773	6,180	8,300	11,307	18,727	26,747
			女性	2,623	3,437	3,890	4,923	6,150	7,417	12,310	17,470
500万円	750万円	80歳まで	男性	852	982	1,193	1,545	2,075	2,827	4,682	6,687
			女性	656	859	973	1,231	1,538	1,854	3,078	4,368

第2期

中途加入
9/8×切です!

パンフレット・申込書は
巻末の資料請求フォームで
お取寄ください。

選べる 医療保障 マイセレクト

- 税理士・事務所職員の方、および本人の加入を前提に配偶者・こどもが加入できます。
- 基本保障は1泊2日以上入院、および手術・死亡が支払対象です。
- 1年更新。74歳まで継続可能。入院給付金は通算1,095日までお支払いします。

【ご参考】1か月分負担金例 実際は年4回、1回につき3か月分を自動振替します。

(単位:円)

本人・配偶者	口数	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳
基本保障 (本人3口・配偶者2口・ こども1口まで)	1口	1,907	1,997	2,082	2,309	2,659	3,249	4,050	5,414	7,699
	2口	3,134	3,314	3,464	3,877	4,510	5,600	7,014	9,484	13,657
	3口	4,360	4,630	4,845	5,445	6,362	7,952	9,977	13,554	19,615

基本保障への加入を前提として5種類のオプション保障を組み合わせることができます。

所得補償

- 税理士・事務所職員の方、および税理士の配偶者(専従者・家事従事者)が加入できます。
- 就業不能5日目から給付、ただし入院による就業不能は入院1日目から給付します。

【ご参考】1か月分負担金例 実際は年4回、1回につき3か月分を自動振替します。

(単位:円)

セット名	保険金額	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳
税理士 事務所職	A 10万円	995	1,205	1,435	1,795	2,075	2,325	2,435	2,515	3,045
	C 30万円	2,985	3,615	4,305	5,385	6,225	6,975	7,305	7,545	9,135
	D 50万円	4,975	6,025	7,175	8,975	10,375	11,625	12,175	12,575	15,225
家事従事者	I 10万円	685	815	975	1,215	1,395	1,565	1,635	1,685	2,035

ハイパーメディカル プラス

(医療補償事務所加入プラン)

詳しくは
同封のチラシを
ご覧ください

病気やケガの入院だけではなく、がん通院も補償対象

大切な職員の方が、安心して治療と仕事を両立するための支援制度、それがハイパーメディカルです。

所長・代表社員・全従業員を無記名で補償

補償内容：入院日額ではなく、実際に負担した治療費用を補償します。
お申込・資料のご請求は、下の資料請求フォームにご記入の上、FAX 送信願います。



日本税理士共済会の 福利厚生サービス WELBOX

会費月額 500円 (税込・年間6,000円) で企業等が導入している福利厚生と同様のメニューを会員価格(割引)で利用できるサービスです。
詳しくは…

「会員専用ホームページ(体験版)」をご参照ください。

<https://www.welbox.com/>



会員番号

0040-0110

パスワード

020701

ログイン

(照会はできますが予約はできません)



にちせいきょうさい

日本税理士共済会

〒141-0032 東京都品川区大崎1-11-8 日本税理士会館5F

TEL.03-5740-0321 FAX.03-5740-0323

e-mail jim@zeirishikyosai.com URL <http://www.zeirishikyosai.com>

個人年金・おしどり保障のお申込は同封の申込書に必要事項を記入し、返信用封筒にて郵送願います。

税理士団体保障・選べる医療保障マイセレクト・所得補償申込書・ハイパーメディカル 資料請求書

該当項目の□欄に✓を入れて共済会あてにFAXまたは郵送願います									
お名前	フリガナ _____			☐ 税理士 ☐ 職員	性別	男・女	生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日生
通信先	☐ 事務所 ☐ 自宅	〒 _____						所属 会名	税理士会 支部
電話	日中通話可能な番号をご記入ください			FAX	税理士 登録番号			職員の方は事業主の登録番号をご記入ください	
事務所名	_____								
パンフレット 申込書 請求	☐ 税理士団体保障 ☐ 選べる医療保障マイセレクト ☐ 所得補償 複数の方がお申し込みになる場合は、申込書必要枚数をご記入ください (但し、「選べる医療保障マイセレクト」の配偶者・こどもは本人の申込書に併記できます) _____ 枚希望								
資料請求 ☐ ハイパーメディカル(医療補償事務所加入プラン)									



FAX 03-5740-0323

お送りいただいた個人情報は日本税理士共済会個人情報取扱基準に基づき厳正に管理し、今回の募集等共済会運営に必要な範囲で使用いたします。