

事務連絡
令和7年4月5日

地区薬剤師会 御中

東京都薬剤師会

下記の通り日本薬剤師会より通知がありました。
会員向け補償制度につきまして、貴地区会員へのご周知をお願いいたします。

写

日薬発第 324 号
令和 7 年 3 月 26 日

都道府県薬剤師会 担当役員 殿

公益社団法人 日本薬剤師会
副会長 原口 亨

会員向け見舞金制度について

平素は本会会務につきましてご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会では会員への補償を目的とした標記見舞金制度（傷害総合保険）を 2025 年 2 月 15 日以降も継続しております。

本保険は、日本薬剤師会会員（無職の方を除く）を対象として、日本国内において「業務」を遂行することによって本人の死亡及び重度後遺障害が起こった場合に、保険会社（損害保険ジャパン株式会社）より定額の見舞金（保険金）をお支払いする保険です（別紙 I 参照）。一年毎に更改を迎える保険となり、2025 年加入版の補償内容は下記の通りです。

貴会におかれましては、会員または法定相続人より死亡及び後遺障害の連絡がありました場合、別添「日本薬剤師会会員の死亡・重度後遺障害について（通知）」をご使用いただき、本会あてにご連絡ください。追って、保険会社担当者より会員、または法定相続人へ、見舞金（保険金）をお支払いするための連絡をさせていただきます。

なお、日本薬剤師会雑誌には毎月ご案内を掲載していることを申し添えます。

敬具

記

【補償期間】

2025 年 2 月 15 日から 2026 年 2 月 15 日

【補償内容】

本人死亡 156,000 円

後遺障害（等級により違いあり） 最高 156,000 円まで

※ 補償対象者（＝働いている被保険者）である会員が日本国内において「業務」を遂行することによって、事故に遭われた場合に見舞金（保険金）が支払われます。

事故の発生の日からその日を含めて 180 日以内に、死亡または重度後遺障害（後遺障害 1～3 級限定）が生じた場合、156 千円を限度に見舞金（保険金）をお支払いします。

（重度後遺障害見舞い金額詳細は別紙 I）

以上

別紙 I (後遺障害保険金)

重度後遺障害の場合は所定の重度後遺障害の程度に応じて以下、保険金額の 78%~100%をお支払いします。

等級	後遺障害	保険金支払金額 (保険金支払割合)
1 級	イ 両眼が失明したもの ロ 咀嚼および言語の機能を廃したもの ハ 神経系統の機能または精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの ニ 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの ホ 両上肢をひじ関節以上で失ったもの ヘ 両上肢の用を全廃したもの ト 両下肢をひざ関節以上で失ったもの チ 両下肢の用を全廃したもの	156,000円 (100%)
2 級	イ 1眼が失明し、他眼の矯正視力(視力の測定は万国式視力表によるものとします。以下同様とします。)が0.02以下になったもの ロ 両眼の矯正視力が0.02以下になったもの ハ 神経系統の機能または精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの ニ 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの ホ 両上肢を手関節以上で失ったもの ヘ 両下肢を足関節以上で失ったもの	138,840円 (89%)
3 級	イ 1眼が失明し、他眼の矯正視力が0.06以下になったもの ロ 咀嚼または言語の機能を廃したもの ハ 神経系統の機能または精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの ニ 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの ホ 両手の手指の全部を失ったもの(手指を失ったものとは、おや指は指節間関節、その他の手指は近位指節間関節以上を失ったものをいいます。以下同様とします。)	121,680円 (78%)

見本

2025年〇月〇日

公益社団法人 日本薬剤師会 会計・厚生課 御中

〇〇〇 薬剤師会
事務局 〇〇〇 捺印

日本薬剤師会会員の死亡・重度後遺障害について（通知）

日本薬剤師会会員の死亡・重度後遺障害を下記によりお知らせします。

記

会員氏名	日薬 太郎
会員番号	1111111
発生年月日	〇〇〇〇年〇月〇日
発生時間	勤務時間内 ・ 不明
会員または法定相続人の連絡先	〇〇〇
会員または法定相続人の書類送付先住所	〇〇〇

以上

以上の通りです。
よろしくお願ひ致します。

年 月 日

公益社団法人 日本薬剤師会 会計・厚生課 御中

薬剤師会

事務局

日本薬剤師会会員の死亡・重度後遺障害について（通知）

日本薬剤師会会員の死亡・重度後遺障害を下記によりお知らせします。

記

会員氏名

会員番号

発生年月日

発生時間

勤務時間内 ・ 不明

会員または法定相続人の連絡先

会員または法定相続人の書類送付先住所

以上

以上の通りです。

よろしくお願ひ致します。