

団体生命保険(団体定期保険)パンフレットの読替えについて

パンフレットは、更新日(2025年10月1日付)での加入・変更に作成されたものです。  
今回、中途(2026年4月1日付)での「加入・保障の増額・未加入のご家族(配偶者・子ども)の追加」を検討される際は、パンフレットを以下の通り読替えいただくようお願いいたします。  
なお、ご加入者(被保険者)は、当ご案内をお読みいただいた後も保存等のうえ、パンフレットとあわせて大切に保管してください。

ページ	読替え箇所	読 替 え 前	読 替 え 後
表紙	右上	2025年10月版	2026年4月版
P3 P4	保障額と保険料	—	添付のA3用紙表面の「保障額と保険料」
P6	●加入資格	以下の加入資格の他、専用webサイトまたは「申込書兼告知書」に記載の内容を十分で確認のうえ、お申込みください。 以下の年齢は効力発生日(2025年10月1日)現在の年齢です。	以下の加入資格の他、「申込書兼告知書」に記載の内容を十分で確認のうえ、お申込みください。 以下の年齢は効力発生日(2026年4月1日)現在の年齢です。
P6	●保険期間	●保険期間は効力発生日(2025年10月1日)～2026年9月30日までの1年間です。 以降は毎年10月1日を更新日とし、保険期間1年で更新します。	●今回の追加加入の保険期間は効力発生日(2026年4月1日)～2026年9月30日までの半年間です。 以降は毎年10月1日を更新日とし、保険期間1年で更新します。
P9 P10	お申込み手続き	—	添付のA3用紙裏面の「お申込み手続き」
P19	申込締切日 効力発生日	申込締切日: 2025年6月20日(金) 効力発生日: 2025年10月1日(水)	申込締切日: 2025年10月24日(金) 効力発生日: 2026年4月1日(水)
P19	「申込書兼告知書」 提出先・お問い合わせ先	—	本紙裏面の「申込書兼告知書」 提出先・お問い合わせ先

ルネサスエレクトロニクス株式会社

## 「申込書兼告知書」提出先・お問い合わせ先

### 株式会社 日立保険サービス

事業所名	所在地	電話番号
首都圏営業一部	東京都台東区東上野 2-16-1 上野イーストタワー	03-6284-3450
東北営業所	宮城県仙台市青葉区一番町 4-1-25 (JRE 東二番丁スクエア 7 階)	022-266-6921
勝田支社	茨城県ひたちなか市勝田中央 14-8 ひたちなか商工会議所会館	029-274-2543
関越営業所	群馬県高崎市西横手町 111 ルネサスエレクトロニクス(株)内	027-352-9009

### NEC ファシリティーズ株式会社

事業所名	所在地	電話番号
個人営業部(首都圏・その他)	東京都港区芝 2-22-12 NEC 第二別館 6F	ナビダイヤル 0570-200666
広域営業部(福岡・大分・山口)	福岡県福岡市早良区百道浜 2-4-1 NEC 九州システムセンター 4F	050-3380-2163
広域営業部(熊本)	熊本県熊本市中央区南熊本 1-9-25 MRR くまもと 2F	050-3380-2163

### 三菱電機保険サービス株式会社

事業所名	所在地	電話番号
首都圏営業課	東京都千代田区丸の内 2-1-1 (明治安田生命ビル7階)	03-5219-5511
西条出張所	愛媛県西条市ひうち 8-6 (ルネサスセミコンダクタマニュファクチャリング(株) ひうち寮 2 階)	0897-52-1814

2025 年 7 月末時点

#### NEC ファシリティーズ保険事業 事業移管のお知らせ

2025 年 10 月 1 日、NEC グループ事業再編に伴いまして、保険事業が同じ NEC グループ会社の NEC ビジネスインテリジェンスへ事業移管され、保険サービス統括部として新たなスタートを切ることとなりました。

保障額と保険料

パンフレット3～4ページの読替えです。

本人

男性の場合

半年一括払 (6カ月分) 保険料(確定)	対 象		本 人 (男 性)					
	死亡保険金額(高度障がい保険金額)		300	600	1,000	1,500	2,000	2,500
	保険年齢	生年月日	万円	万円	万円	万円	万円	万円
	15歳～35歳	H 2.4.2生～H23.4.1生	2,802	5,604	9,340	14,010	18,680	23,350
	36歳～40歳	S60.4.2生～H 2.4.1生	3,169	6,338	10,564	15,846	21,128	26,410
	41歳～45歳	S55.4.2生～S60.4.1生	3,776	7,552	12,588	18,882	25,176	31,470
	46歳～50歳	S50.4.2生～S55.4.1生	4,777	9,554	15,924	23,886	31,848	39,810
	51歳～55歳	S45.4.2生～S50.4.1生	6,286	12,573	20,956	31,434	41,912	52,390
	56歳～60歳	S40.4.2生～S45.4.1生	8,432	16,864	28,108	42,162	56,216	70,270
	61歳～65歳	S35.4.2生～S40.4.1生	12,130	24,261	40,436	60,654	80,872	101,090
	66歳～70歳	S30.4.2生～S35.4.1生	17,281	34,562	57,604	この年齢層の方は、新規加入・増額のお申込みはできません。 また、継続して加入される方の保障額は1,000万円が加入限度となります。		

●

毎年の更新日(10月1日)現在の年齢が60歳6カ月超で、保険金額3,000万円超にご加入の方が、「申込書兼告知書」で3,000万円以下に減額されなかった場合、更新日付で自動的に保険金額3,000万円に一律減額となります。

●

毎年の更新日(10月1日)現在の年齢が65歳6カ月超で、保険金額1,000万円超にご加入の方が、「申込書兼告知書」で1,000万円以下に減額されなかった場合、更新日付で自動的に保険金額1,000万円に一律減額となります。

(保険料の単位:円)

							配 偶 者 (女 性)				
3,000	3,500	4,000	4,500	5,000	5,500	6,000	300	500	700	800	1,000
万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円
28,020	32,690	37,360	42,030	46,700	51,370	56,040	2,322	3,870	5,418	6,192	7,740
31,692	36,974	42,256	47,538	52,820	58,102	63,384	2,900	4,834	6,767	7,734	9,668
37,764	44,058	50,352	56,646	62,940	69,234	75,528	3,224	5,374	7,523	8,598	10,748
47,772	55,734	63,696	71,658	79,620	87,582	95,544	3,958	6,598	9,237	10,556	13,196
62,868	73,346	83,824	94,302	104,780	115,258	125,736	4,834	8,058	11,281	12,892	16,116
84,324	98,378	112,432	126,486	140,540	154,594	168,648	5,737	9,562	13,386	15,299	19,124
121,308	この年齢層の方は、新規加入・増額のお申込みはできません。 また、継続して加入される方の保障額は1,000万円が加入限度となります。						7,134	11,890	16,646	19,024	23,780
							9,109	15,182	21,254	24,291	30,364

本人

女性の場合

半年一括払 (6カ月分) 保険料(確定)	対 象		本 人 (女 性)					
	死亡保険金額(高度障がい保険金額)		300	600	1,000	1,500	2,000	2,500
	保険年齢	生年月日	万円	万円	万円	万円	万円	万円
	15歳～35歳	H 2.4.2生～H 23.4.1生	2,322	4,644	7,740	11,610	15,480	19,350
	36歳～40歳	S60.4.2生～H 2.4.1生	2,900	5,800	9,668	14,502	19,336	24,170
	41歳～45歳	S55.4.2生～S60.4.1生	3,224	6,448	10,748	16,122	21,496	26,870
	46歳～50歳	S50.4.2生～S55.4.1生	3,958	7,917	13,196	19,794	26,392	32,990
	51歳～55歳	S45.4.2生～S50.4.1生	4,834	9,669	16,116	24,174	32,232	40,290
	56歳～60歳	S40.4.2生～S45.4.1生	5,737	11,474	19,124	28,686	38,248	47,810
	61歳～65歳	S35.4.2生～S40.4.1生	7,134	14,268	23,780	35,670	47,560	59,450
66歳～70歳	S30.4.2生～S35.4.1生	9,109	18,218	30,364	この年齢層の方は、新規加入・増額のお申込みはできません。 また、継続して加入される方の保障額は1,000万円が加入限度となります。			

●

毎年の更新日(10月1日)現在の年齢が60歳6カ月超で、保険金額3,000万円超にご加入の方が、「申込書兼告知書」で3,000万円以下に減額されなかった場合、更新日付で自動的に保険金額3,000万円に一律減額となります。

●

毎年の更新日(10月1日)現在の年齢が65歳6カ月超で、保険金額1,000万円超にご加入の方が、「申込書兼告知書」で1,000万円以下に減額されなかった場合、更新日付で自動的に保険金額1,000万円に一律減額となります。

(保険料の単位:円)

							配 偶 者 (男 性)				
3,000	3,500	4,000	4,500	5,000	5,500	6,000	300	500	700	800	1,000
万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円
23,220	27,090	30,960	34,830	38,700	42,570	46,440	2,802	4,670	6,538	7,472	9,340
29,004	33,838	38,672	43,506	48,340	53,174	58,008	3,169	5,282	7,394	8,451	10,564
32,244	37,618	42,992	48,366	53,740	59,114	64,488	3,776	6,294	8,811	10,070	12,588
39,588	46,186	52,784	59,382	65,980	72,578	79,176	4,777	7,962	11,146	12,739	15,924
48,348	56,406	64,464	72,522	80,580	88,638	96,696	6,286	10,478	14,669	16,764	20,956
57,372	66,934	76,496	86,058	95,620	105,182	114,744	8,432	14,054	19,675	22,486	28,108
71,340	この年齢層の方は、新規加入・増額のお申込みはできません。 また、継続して加入される方の保障額は1,000万円が加入限度となります。						12,130	20,218	28,305	32,348	40,436
							17,281	28,802	40,322	46,083	57,604

こども

半年一括払 (6カ月分) 保険料(確定)			(保険料の単位:円)	
	死亡保険金額(高度障がい保険金額)		300	400
	保険年齢	生年月日	万円	万円
	3歳～22歳	H15.4.2生～R5.4.1生	1,230	1,640

●

保険料は半年ごとに賞与から控除します。  
2026年4月1日から2026年9月30日の確定保険料は2026年3月賞与で控除します。

●

退職者の保険料は半年ごとに所定の口座から振替えます。

●

退職者は、本人1,000万円、配偶者500万円の保険金額の上限があります。詳細は、パンフレット6ページの【退職後の継続加入について】をご確認ください。

●

上記および左記は確定保険料です。ただし、保険料は毎年の更新日に再計算し適用します。  
また、保険料は直前の更新日時点の保険年齢でご確認ください。  
《こども》の保険料は1人あたりの確定保険料です。  
保険料は、将来、制度の改定等によっても変わることがあります。

●

当ご案内における年齢は原則として満年齢で記載しており、保険年齢の場合は保険年齢〇〇歳と記載しております。  
※「保険年齢」は、被保険者の年齢を満年齢で計算し、1年未満の端数は6カ月以下は切捨て、6カ月超は切上げます。  
(例:19歳7カ月の被保険者の方の保険年齢は20歳となります。)

◆

現在、上表以外の保険金額にご加入の方の保険料については、担当代理店までお問い合わせください。

お申込み手続き

パンフレット9～10ページの読替えです。

今回は新規加入・増額のみのお取扱いです。

- 新規に加入される方・増額される方は、「申込書兼告知書」を添付のA 4 用紙裏面に記載の担当代理店へご提出ください。  
また、本人との続柄が「その他(9)」となる方を本人の死亡保険金受取人とされる場合、および死亡保険金受取人を複数名指定される場合は、「死亡保険金受取人指定書」をあわせてご提出ください。
- すでに加入されている方で、死亡保険金受取人を変更される場合は、「死亡保険金受取人指定書」をご提出ください。  
(「申込書兼告知書」での受取人変更のお取扱いはできません。)  
この場合、死亡保険金受取人変更の効力発生日は、保険契約者(団体)が引受保険会社に「死亡保険金受取人指定書」を発送した日です。
- 内容に変更のない方は従来の加入内容で継続されますので、提出いただく書類はありません。
- 必要事項が記入・押印されているか、ご提出前にご確認ください。内容を訂正される場合は訂正箇所を二重線で抹消後、訂正印(申込印と同一のもの)を押印のうえ、正しい内容をご記入ください。  
(注) 当「申込書兼告知書」は3枚複写となっております。1・2枚目に押印のうえ提出いただき、3枚目は本人控として保管してください。

「申込書兼告知書」記入例

団体生命保険

1 ニッセイ用  
No.

申 込 書 兼 告 知 書

日本生命保険相互会社 行

ルネサスエレクトロニクス株式会社

団体コード	事業所・所属コード	従業員番号	申込日(告知日)	申込締切日	効力発生日
5010100000001234567890001234567			071015	71024	841

家族区分	被保険者氏名 (カタカナでご記入ください)	性 別	生 年 月 日	申込保険金額 (万円)	申 込 印 (告知印)
本人 (主たる被保険者)	ルネサス タロウ	男性	610120	5000	
配偶者	ルネサス ハナコ	女性	031005	700	
子ども	ルネサス イチロウ	男性	280910	400	

氏 名 (カタカナでご記入ください)	続 柄 コード	人 数
ルネサス ハナコ	1	2
シュタルヒ ホケンシャ	1	1

9 告知欄

新規加入・増額する申込者それぞれがパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および裏面の質問事項を確認のうえ告知します。

\*主たる被保険者が新規加入・増額する申込者の告知をとりまとめるうえ、以下の1または2に○印を記入ください。

① 新規加入・増額する全ての申込者について、質問事項に対する答えが全て「いいえ」となります。

② 質問事項について「はい」の答えがある申込者がいます。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出します。

【「はい」の答えがある申込者氏名(カタカナでご記入ください)】

ルネサス ハナコ

(幹事会社) 日本生命保険相互会社

新規に加入される方で、死亡保険金受取人を複数名指定される場合は、代表者1名分の氏名・続柄コードをご記入のうえ、人数欄には該当の人数をご記入ください。

※「死亡保険金受取人指定書」をあわせてご提出ください。

氏 名 (カタカナでご記入ください)	続 柄 コード	人 数
ルネサス ハナコ	1	2
シュタルヒ ホケンシャ	1	1

当「申込書兼告知書」は記入例用のものであり、配付されたものと内容が異なる場合があります。

【ご注意】

- 本人で以下に該当される方は、加入いただける保険金額に上限があります。  
効力発生日(4月1日)現在の年齢が、60歳6カ月超の方は、保険金額3,000万円

	チェック内容	チェック欄
1	この「申込書兼告知書」を記入された日をご記入ください。	
2	従業員番号をご記入ください。	
3	氏名はすべてカタカナでご記入ください。	
4	性別・年号を○印で囲み、生年月日をご記入ください。	
5	保険金額欄は表面の「保障額と保険料」からご選択のうえご記入ください。	
6	必ず押印してください。	
7	配偶者・子どもも申込みされる場合にご記入ください。(加入資格のある子どもは全員同額でご加入ください。)	
8	【新規に加入される方】 ・本人の死亡保険金受取人をご指定ください。氏名はカタカナでご記入のうえ、続柄コード(「申込書兼告知書」裏面を参照)と人数をご記入ください。 ・本人との続柄が「その他(9)」となる方を本人の死亡保険金受取人とされる場合、および死亡保険金受取人を複数名指定される場合は、「死亡保険金受取人指定書」をあわせてご提出ください。 【すでに加入されている方】 死亡保険金受取人を変更される場合は、「死亡保険金受取人指定書」をご提出ください。	
9	・新規加入・増額をご希望の方は、「申込書兼告知書」裏面の＜質問事項＞をご確認ください。 ・本人(主たる被保険者)が新規加入・増額の申込みをされる方の告知をとりまとめるうえ、1または2に○印をご記入ください。 [1に○印] 申込者全員の質問事項に対する答えが全て「いいえ」となる場合 [2に○印※] 1名でも質問事項に対する答えが「はい」となる場合や質問事項に対する答えに迷われる場合 ※【「はい」の答えがある申込者氏名】に該当者の氏名をカタカナでご記入のうえ、あわせて「被保険者の告知書」をご提出ください。別途「被保険者の告知書」を提出いただければ、保険会社にて新規加入・増額の可否を判断します。 「被保険者の告知書」は担当代理店までお問い合わせください。	
注	内容を訂正される場合は訂正箇所を二重線で抹消後、訂正印(申込印と同一のもの)を押印のうえ、正しい内容をご記入ください。	