

2025
August

にちせいきょうさい
日本税理士共済会からのお知らせ

募集が始まりました!

税理士とその配偶者限定!
ご夫婦一緒の

おしどり
保障

毎回大好評!
旧個人年金保険料控除適用の

個人年金

がんの先進医療や
がん通院も補償対象

ハイパー プラス
メディカル

モバイルサイトは
こちら



新理事長ご挨拶

平素より日本税理士共済会「にちせいきょうさい」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きまして弊会の新たな役員が選任され、小職が理事長に就任いたしました。

日本税理士共済会は、今から70年以上前の昭和28年に西日本を襲った大水害で被災した多くの税理士の救済をきっかけに、日本税理士会連合会の中に厚生委員会が組織され、その後、税理士とその家族、事務所職員を対象とする助け合いの非営利団体として独立し、現在に至っております。

「税理士どうしの助け合い」の精神は、弊社独自の「災害見舞金」制度と「会務従事者見舞金支援」制度として現在に引き継がれております。これら見舞金制度を支えるのは、弊社ご案内の各制度にご加入のおひとりおひとりにご負担いただいている制度運営費です。

一人ひとりのやさしい心の寄り添いが、大きな助け合いの輪となっています。

税理士の、税理士による、税理士のための共済組織、それが日本税理士共済会です。

ぜひとも皆様のご加入を賜りますよう、心よりお願い申し上げます。

令和7年8月
日本税理士共済会 理事長 須藤 寿



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 / 2025年9月19日(金)必着
責任開始日 2025年10月1日

● 弔慰金(死亡保険金)・高度障害保険金

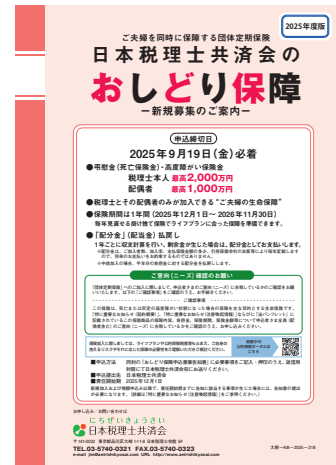
税理士本人 最高 2,000万円

配偶者 最高 1,000万円

● 保険期間は1年間(2025年12月1日~2026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 / 2025年9月30日(火)必着
加入年月日 2025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)

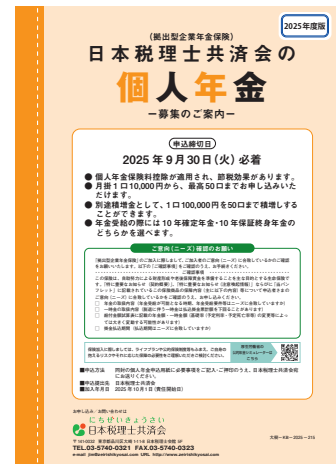
一人一人のライフスタイルにあわせた積立が可能。月掛にご加入の方は、資金に余裕のあるときには別途積増金として積立金を増やすことも可能です。新規加入・月掛増口・別途積増の機会は3月末締切と9月末締切の年2回です。

● 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年保証終身年金 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(月)東京マリオットホテルにて第73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 須藤 寿 (北海道)

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

専務理事 設楽勇二 (東京) 森 聡 (東京)

常務理事 石渡稔之 (東京地方) 加藤達郎 (千葉県) 渡會光恵 (関東信越) 今野美香 (北海道) 大野義豊 (名古屋)
今西孝彰 (東海) 伊藤文夫 (北陸) 岩佐誠志 (四国) 益田洋一 (南九州) 有銘寛之 (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
病气死亡	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	18,840	26,967
			女性	2,623	3,437	3,890	4,923	6,150	7,417	12,423	17,690
500万円	750万円	80歳まで	男性	852	982	1,193	1,545	2,075	2,827	4,710	6,742
			女性	656	859	973	1,231	1,538	1,854	3,106	4,423

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・子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・ 子ども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



会社でかける医療補償

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。

貴社の業務に従事する方(所長・代表社員・従業員等)を無記名補償

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 **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)



〒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		<input type="checkbox"/> 税理士 <input type="checkbox"/> 職員	性別	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生		
	〒									
通信先	<input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 自宅		所属会名			税理士会 支部				
	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	<input type="checkbox"/> 税理士団体保障 <input type="checkbox"/> 選べる医療保障マイセレクト <input type="checkbox"/> 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・子どもは本人の申込書に併記できます)						_____ 枚希望
	資料請求 <input type="checkbox"/> 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。