

共 済 見 舞 金 額 表

*平成26年4月1日以降の事故から適用します。 (単位：円)

等級	災害の程度		金額
1	死亡した場合		1,000,000
2	身体障害者障害程度等級表に定める1級・2級		400,000
3	身体障害者障害程度等級表に定める3級・4級		200,000
4	治療実日数 180日以上 の傷害を受けた場合	入院日数 180日以上	190,000
		入院日数 150日以上	170,000
		入院日数 120日以上	150,000
		入院日数 90日以上	130,000
		入院日数 60日以上	110,000
		入院日数 30日以上	90,000
		入院日数 30日未満又は通院のみ	80,000
5	治療実日数 150日以上 の傷害を受けた場合	入院日数 150日以上	160,000
		入院日数 120日以上	140,000
		入院日数 90日以上	120,000
		入院日数 60日以上	100,000
		入院日数 30日以上	80,000
		入院日数 30日未満又は通院のみ	70,000
6	治療実日数 120日以上 の傷害を受けた場合	入院日数 120日以上	130,000
		入院日数 90日以上	110,000
		入院日数 60日以上	90,000
		入院日数 30日以上	70,000
		入院日数 30日未満又は通院のみ	60,000
7	治療実日数 90日以上 の傷害を受けた場合	入院日数 90日以上	100,000
		入院日数 60日以上	80,000
		入院日数 30日以上	60,000
		入院日数 30日未満又は通院のみ	50,000
8	治療実日数 60日以上 の傷害を受けた場合	入院日数 60日以上	70,000
		入院日数 30日以上	50,000
		入院日数 30日未満又は通院のみ	40,000
9	治療実日数 30日以上 の傷害を受けた場合	入院日数 30日以上	45,000
		入院日数 30日未満又は通院のみ	28,000
10	治療実日数 15日以上 の傷害を受けた場合		25,000
11	治療実日数 7日以上 の傷害を受けた場合		22,000
12	治療実日数 7日未満 の傷害を受けた場合		20,000

ただし、治療実日数30日以上
の傷害を受けた場合で、規則に定める書類（交通事故証明書等）
を提出できない方に係る共済見舞金額は9等級の額となります。