

福岡県医発第 1977 号 (総)

平成 16 年 2 月 6 日

小郡三井

各 医 師 会 長 殿



福岡県医師会

会長 関 原 敬 次 郎



日本医師会医師年金の冬期における
普及推進運動について (お願い)

日頃、日本医師会医師年金制度の普及推進に関しましては、常々ご協力いただき厚くお礼申し上げます。

さて、日本医師会より別添のとおり冬期の加入促進運動に関する実施要領が参っております。

つきましては、未加入者の名簿をお送りいたしますので、ご多忙の折、恐縮に存じますが、貴会より医師年金加入のお勧めをお願い申し上げます。

なお、新しく医師会に入会される会員の先生にも、是非、医師年金加入の働きかけをよろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 永田正和





日医 年税 (36)

平成 16 年 1 月 28 日

都道府県医師会

年金・福祉担当理事 殿

日 本 医 師 会

常任理事 宮坂雄平



冬期における日本医師会年金の加入促進運動について(依頼)

日本医師会年金の事業運営並びに加入促進につきましては、平素より格段のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

標記の件については、先に、本会会長より貴会会長宛ご依頼申し上げたところですが、本年度も冬期における加入促進運動を実施いたしますので、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

医師の生涯福祉の充実・発展のためには、医師年金の加入者の増加が重要であります。昨年(平成14年11月～15年10月)の新規加入者数は、1月からの計算利率引き下げの影響もあり、前年を大きく下回る結果となりました。本会は医師年金制度をより魅力的なものに発展させるため、現在、新しい運用体制への移行を含め種々の検討を行っているところであります。

今回の冬期の加入促進は、直近1年間(平成14年11月～15年10月)に貴会の新しく日医会員となられた先生に対して、本会が直接ダイレクトメールを送付し、加入をお願いしておりますが、会員にとって身近な、地元医師会からの働きかけは殊に効果的でありますので、貴会ならびに貴会の郡市区医師会における格段のお力添えをお願いする次第であります。

ご多忙の折誠に恐縮に存じますが、貴会職員のご協力もいただきながら推進いたしたく存じます。



参考 1

会 員 各 位

日 本 医 師 会

会長 坪 井 栄 孝

日本医師会年金のご案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

医師年金は、昭和 43 年に創設された会員のための唯一の年金制度で、加入者数・資産規模ともに我が国最大規模の私的年金であります。公的年金と異なり、掛金を積立貯蓄し将来年金の形で受け取る制度で、65 歳を過ぎても仕事を継続され、年金受給の必要がない先生方には、75 歳まで受給開始を遅らせることができるなど、医師特有の生活に合わせた年金です。

つきましては、医師年金の資料を同封いたしますので、是非この機会にご加入を検討されることをおすすめいたします。

なお、制度に関するご質問や加入にあたっての訪問説明等ございましたら、お気軽にお電話、または別紙の連絡票にて下記担当課までご連絡ください。

敬 具

【連絡先】

日本医師会 年金・税制課

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

電話番号 03-3946-2121（代表）

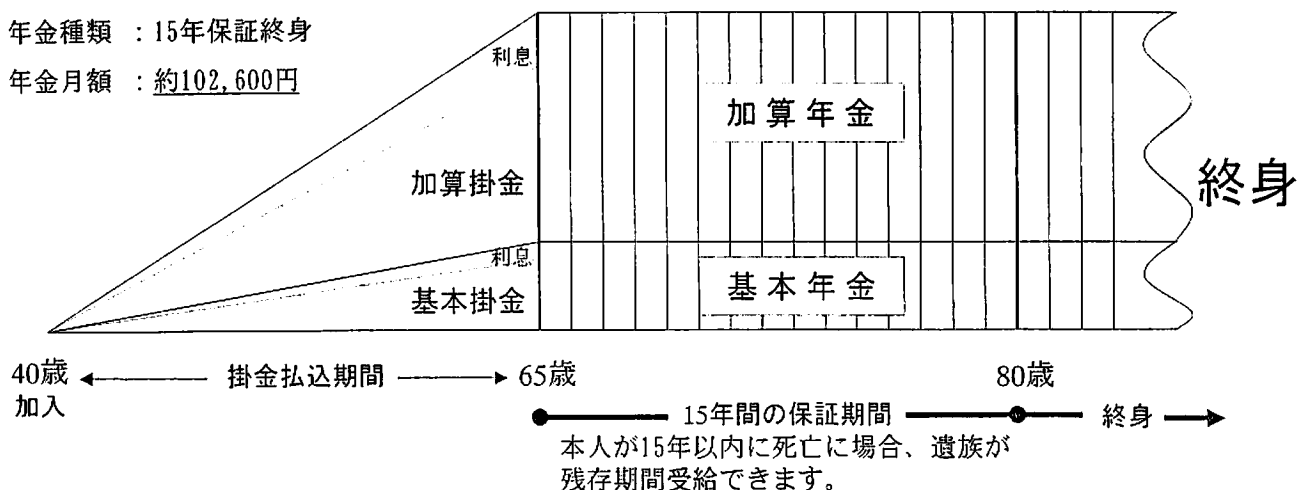
FAX 03-3946-6295

E メール nenkin@po.med.or.jp

<日本医師会年金のイメージ図> (モデルケース)

参考2

- ・ 加入年齢 : 40歳
 - ・ 基本掛金 : 月12,000円
 - ・ 加算掛金 : 月48,000円
 - ・ 年金種類 : 15年保証終身
 - ・ 年金月額 : 約102,600円
- ・ 払込総額 1,800万円 → 80歳までの受取総額 約1,847万円
→ 85歳までの受取総額 約2,463万円
→ 90歳までの受取総額 約3,078万円



<日本医師会年金の特色>

1. 一生涯年金を受給できます。
加算年金は、15年保証終身の他、確定年金（5・10・15年）を受給時に選択することができます。
2. 年金の受給開始時期（65歳）を、延長または短縮することができます。
65歳を過ぎても仕事を継続し、年金受給の必要がない先生は、75歳まで受給開始を遅らせることができます。
その際15年保証終身を選択すると90歳まで保証され、その間亡くなられた場合遺族が残存期間受給できます。
3. 育英年金（一時金）、傷病年金（一時金）として取り崩すことができます。
4. 掛金には上限がありません、いつでも増減できます。
5. 年金の計算利率は魅力ある年1.5%です。
※ 年金月額は、年1.5%で計算されており、今後の運用環境によって変更する事もあります。
※ 詳細については、パンフレットをご参照ください。

FAX 連絡票

年 月 日

日本医師会 年金・税制課 行 [FAX 03-3946-6295]

下記に○をつけて下さい

1. 自分向けのプランを送ってほしい
2. もう少し詳しい内容を聞きたいので電話がほしい
3. 説明に来てほしい
4. その他()

ご氏名 : _____

生年月日 : 昭和 年 月 日

所属医師会 : _____ 都・道 府・県 _____ 郡・市・区 _____ 医師会

希望連絡先 : ご自宅 or ご勤務先(名称: _____)

ご住所 : (〒 -) _____ 都・道 府・県 _____ 郡・市・区 _____

TEL: _____

— 医師年金の概要について —

<概要>

1. 医師年金は日本医師会が運営する会員のための唯一の年金制度

2. 制度運営費用(事務・運用コスト)が他制度に比べ少ない
加入者の年金給付水準が相対的に有利になります。

3. 計算利率

年金の計算利率は年1.5%です。

(加入後に制度の改定が実施された場合は変わる可能性があります。)

4. 加入資格

満64歳6カ月未満の日医会員(会員種別は問いません)

5. 給付関係

年金の受取開始は原則満65歳

ただし、1年単位で最長75歳まで延長することも可能です。

減額年金も選択可(満56歳以上)

65歳前に年金を受け取ることが可能です)

6. 脱 退

止むを得ない場合は、年金受給開始前であれば脱退することも可能です。

その際の一時金の計算方法は通常の計算利率と異なり、脱退用の利率で計算した金額となりますが、掛金払込1回につき100円の事務費をご負担いただきますので、加入期間が短い場合その金額分元本(掛金累計額)を下回る場合があります。

死亡による脱退の場合は、所定の計算利率で算出した元利合計額をご遺族にお支払いします。

全部脱退以外にも、青英資金等のため、加算年金の一部または全部を取り崩すことも可能です。

7. 税金関係

掛金は所得控除の対象にはなりません。

<加入手続について>

1. 掛金額の決定

基本掛金(全員加入)・・・月払 12,000円
年払138,000円
一括払(年齢に応じた金額) } いずれかを選択していただきます

加算掛金(任意加入)・・・月払6,000円の整数倍の金額

(他に10万円単位の随時払も利用可能です。)

(ご加入後の掛金増減も可能です。)

2. 加入申込書に記入・捺印(2枚目は銀行印)

3. 医師会へ提出(日本医師会・年金税制課へ送付)

4. 日本医師会の受付日によって、第1回目の口座引落日決定

15日まで受付分 → 翌月末日に口座引落(金融機関休業日の場合は翌営業日)

16日以降受付分 → 翌々月末日に口座引落(金融機関休業日の場合は翌営業日)

(新規加入者の初回引落日につきましては、加入者あてハガキにてご通知します。)

基本掛金の「一括払」、「年払」と、加算掛金の「随時払」につきましては申込書受付後、専用の振込用紙を郵送しますので、それを使用してご入金いただきます。

5. 『医師年金加入のお知らせ』の送付

入金月の翌月末日頃に『医師年金加入のお知らせ』と『日本医師会年金規程』を送付いたします。

本年金制度は、特に加入者証等の年金証書は発行されません。

毎年、11月頃「当期の掛金額」や「加入時からの掛金累計額」「予定年金月額」を記載した『現況のお知らせ』をご送付いたします。

6. その他

年金のお受け取りコースは、年金受取開始時に決定していただきます。

15年保証期間付終身年金とは、先生のご存命中は年金が一生渡支給されますが、万一、15年以内にご死亡の場合は、先生の受取期間を差し引いた残りの期間について、ご遺族に同額の年金が支給(又は一時金の選択も可)されます。

基本掛金の払い込み方法の変更や加算掛金額の増額・減額は随時可能です。

医師年金連絡票

医師会名： _____ 担当者名： _____

該当するものにご記入下さい。

<電話による説明を希望>

氏 名：

医籍登録番号：

電話番号：

電話説明の相手（先生、奥様等）：

<訪問による説明を希望>

希望受託会社： あり（会社名： _____ ） ・ なし

氏 名：

生年月日：

医籍登録番号：

所属医師会： _____ 都・道・府・県 _____ 郡・市・区医師会

希望連絡先： 自宅または勤務先（名称： _____ ）

住所：（〒 _____ ）

電話番号：

訪問説明の相手（先生、奥様等）：

<モデルプラン（設計書）の作成・FAXを希望>

氏 名：

生年月日：

医籍登録番号：

モデルプラン送付先： 貴会 ・ 先生（FAX： _____ ）

メールまたはFAXにてご依頼下さい。

メール：nenkin@po.med.or.jp

FAX：03-3946-6295