

福祉行事保険ご加入について

- 特約期間内の行事であれば、1申込票で複数行事の申込が可能です。
 - 団体未登録の場合(登録番号をお持ちでない加入申込者)は、福祉行事保険加入登録票もご提出ください。
 - 福祉行事保険は行事主催団体が加入申込人となり、行事参加者が被保険者となる保険です。
個人でのお申し込みはできませんのでご注意ください。
- ※賠償責任補償における被保険者は主催団体です。

「福祉行事保険」は以下の手順でお申し込みください。

1. 申込書類を記入する

福祉行事保険ご加入に必要な書類は以下のとおりです。

福祉行事保険加入登録票

初回申込時または登録内容に変更のあった時のみ

※加入団体が同一の場合、登録番号はボランティア保険と福祉行事保険で共通の番号となっております。

【Bプラン(宿泊)にご加入時】
加入者名簿(必ずご提出ください)

※団体名(登録番号)・被保険者(補償の対象者)氏名・住所・連絡TELが記載されているものを名簿としてご提出ください。

※Aプラン(日帰り)にご加入の場合は、団体が備え付け名簿を作成してください。ただし、申込時の提出は不要です。

福祉行事保険加入申込票 記入例

| | | | |
|-------------|---|----------|-------------------|
| 福祉行事保険加入申込票 | | 申込日 | 20XX年X月X日 |
| 登録区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 団体登録済 <input type="checkbox"/> 初回申込 | 登録番号 | 0000 |
| 団体名および代表者名 | 〇〇ボランティアグループ | | |
| 住所 | 〒XXXX-XXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | |
| 申込手続をされた方 | 名前 | E-mail | XXXXXXXXXXXXXXXX |
| | TEL | FAX | 000-000-000 |
| プラン | 開催日 | 行事内容・場所 | 加入人数 保険料/1人 合計保険料 |
| A-1 | 5/10 | バス遠足・植物園 | 50 × 30 1,500円 |
| B-1 | 8/1~8/2 | キャンプ・琵琶湖 | 15 × 238 3,570円 |
| A-1 | 11/20 | バザー・施設内 | 100 × 30 3,000円 |
| | | | 合計保険料 8,070円 |

加入プラン・開催日・行事内容・加入人数と合計保険料をご記入ください。

Bプランは必ず加入者名簿のご提出が必要です。

2. 保険料を振り込み、加入申込票に貼付する

払込保険料をご確認の上、郵便局または銀行にてお振り込みください。
加入申込票に保険料のお支払い控えを必ず貼付してください。

※行事開催日の前日(郵便局の休業日にあたる場合はその前日)までに必ずお振り込みください。ATMからのお振り込みも可能です。

払込取扱票 記入例

| | | |
|--|----------------------------------|--|
| 02 大阪 | 払込取扱票 | 通常払込料金 加入者負担 |
| 日 期 | 記 号 | 金 額 |
| 0000-0000-000000 | 福祉の保険 | ¥80,700 |
| 振込先 | 振込元 | 振込種別 |
| 〇〇ボランティアグループ (印) XXX-XXXX XXXXXXXXXXXXXXXX | 基本S 入 基本A 入 天災S 入 天災A 入 | 福祉行事 A-1 150 A-2 A-3 B-1 15 B-2 B- |
| 依頼人・通信欄 | 目 的 | |
| 〇〇〇〇 | 福祉の保険 | |

振込金額をご確認のうえ、ご記入ください。

ご加入のプランに加入人数をご記入ください。

団体名・ご住所・お名前・TELをご記入ください。

3. 申込書類(原本)を提出する

- 申込書類をお近くの京都市内各区・京都府内各市町村社会福祉協議会窓口へ提出してください。また、お客様控え(白色)は福祉行事保険加入証明書となりますので、大切に保管してください。
- 各社会福祉協議会にて受付けた申込書類は、代理店・扱者：(株)エスアールエムへ郵送され、その後申込内容、振込金額を確認の上、加入登録を行います。
※事故等があった場合に保険金支払手続きがスムーズに行えるよう、申込書類は迅速かつ確実に提出してください。

追加のお申し込みの場合

申込書類は京都市内各区・京都府内各市区町村社会福祉協議会ボランティアセンター窓口にてご入手ください。
申込書類は(株)エスアールエムホームページより作成することができます。申込書類作成はこちら。
<https://srm.moushikomi.jp/>

◆ 行事開催日が悪天候またはそれに準じる不可抗力による理由等で行事を延期・中止される場合

「福祉行事保険加入申込票お客様控え」と「行事延期・中止報告書」を至急代理店・扱者である(株)エスアールエムまでFAXしてください。

◆ 悪天候またはそれに準じる不可抗力による理由以外で行事を延期・中止される場合

延期・中止のご報告は、行事開催日前日までの受付に限ります。
「行事延期・中止報告書」は、「福祉行事保険加入申込票お客様控え」裏面または「福祉の保険 スマイル」ホームページから印刷したものを御使用ください。

◆ 事故が発生した場合

万が一、事故が発生した場合は、主催者の方が指定の「福祉行事保険事故報告書(兼)証明書」を作成の上、事故発生日から30日以内に原本を(株)エスアールエムまでご郵送ください。

「福祉行事保険事故報告書(兼)証明書」は裏面です。

代理店・扱者：
株式会社 エスアールエム

「福祉の保険」専用ダイヤル：075-255-0883 (平日9:00~18:00)
FAX：075-255-0882 『福祉の保険 スマイル』ホームページ：<https://srm.moushikomi.jp/>
〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町227 第12長谷ビル6F-A

福祉行事保険加入申込票

申込日 20 年 月 日

(ご注意) 加入申込票(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。*印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

| | | | | |
|--------------------|--|--------|---|---|
| 登録区分 | <input type="checkbox"/> 団体登録済 <input type="checkbox"/> 初回申込 | 登録番号 | 登録番号が不明の場合は こちらにチェックを お願い致します。 → <input type="checkbox"/> | 保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報取り扱いに同意のうえ加入を申し込みます。 (詳細はパンフレットをご参照ください。) |
| 団体名 および 代表者名 | 法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。) | | | |
| 住所 ※1 | 〒 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇 どなたかの自宅の場合 様方 | | | |
| 申込手続を された方 | 名前 | E-mail | | |
| | TEL | FAX | | |

| プラン | 開催日 | 行事内容・場所 | *加入人数 | 保険料/1人 | 合計保険料 |
|-------|-----|---------|-------|--------|-------|
| | | | 人 | × | 円 |
| | | | 人 | × | 円 |
| | | | 人 | × | 円 |
| | | | 人 | × | 円 |
| 合計保険料 | | | | | 円 |

※1 ご記入いただいた連絡先に「福祉の保険」に関するご案内、情報提供などさせていただきます場合があります。

ここに
保険料のお支払いの控えを
必ず貼付してください。
(コピー可)

(注意)
貼付のないものに関しては
加入申込票として
認められませんので
必ず貼付してください。

3枚目(白色)はお客様控えになっています。お客様のお手元に保管ください。

【※他の保険契約】 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(「あり」のときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

| | |
|------------|-------------------------------|
| 会社名 | 保険種類 |
| 保険金額・支払限度額 | 過去3年間における事故 あり → 「あり」の場合 回 |

申込書を複数枚利用される場合 振込は合算でお願いします

■保険料

| 内容 | プラン | 保険料/1人 |
|-----------------|-------------|--------|
| Aプラン (日帰り行事) | A-1行事 | 30円 |
| | A-2行事 | 137円 |
| | A-3行事 | 269円 |
| Bプラン (宿泊行事) | B-1(1泊2日まで) | 238円 |
| | B-2(2泊3日まで) | 291円 |
| | B-3(3泊4日まで) | 299円 |

■補償内容

| | | |
|--------|-----------------|--|
| 傷害補償 | 死亡・後遺障害保険金額 | 467.7万円 |
| | 入院保険金日額 | 3,000円/1日 |
| | 通院保険金日額 | 2,000円/1日 |
| | 手術保険金 | ①入院中に受けた手術の場合…[入院保険金日額]×10 ②①以外の手術の場合…[入院保険金日額]×5 |
| 賠償責任補償 | 施設所有(管理)者賠償責任補償 | 対人 1億円/1名、2億円/1事故 対物 1,000万円/1事故 |
| | 生産物賠償責任補償 | 対人 1億円/1名、2億円/1事故・保険期間中 対物 1,000万円/1事故・保険期間中 |
| | 受託物賠償責任補償 | 1,000万円/1事故・保険期間中 |

※免責金額はありません(ただし、受託物賠償責任補償は1事故免責金額5,000円)

| | |
|--|---|
| 代理店・扱者 株式会社エスアールエム 〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町227 第12長谷ビル6F-A TEL:075-255-0883/FAX:075-255-0882 | 引受保険会社 三井住友海上火災保険株式会社 |
| 社会福祉法人 京都府社会福祉協議会 〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375 ハートピア京都 TEL:075-252-6294/FAX:075-252-6310 | 社会福祉法人 京都市社会福祉協議会 〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上梅津町83-1「ひとまち交流館京都」3階 TEL:075-354-8735/FAX:075-354-8738 |

| | | | |
|-----|----------|------|---------------|
| 受付日 | 20 年 月 日 | 受付社協 | (担当者 社会福祉協議会) |
|-----|----------|------|---------------|

◎ボランティア保険、福祉行事保険の初回申込時またはご登録いただいている内容に変更が生じた場合には必ずご提出ください。

| | | |
|--------------|-----|----------|
| 『福祉の保険』加入登録票 | 申込日 | 20 年 月 日 |
|--------------|-----|----------|

| 年度 | 登録区分 | 登録番号 |
|----|---|---|
| 年度 | <input type="checkbox"/> 初回申込 (<input type="checkbox"/> 純新規 <input type="checkbox"/> 年度初回) <small>全項目をご記入ください。</small> | <input type="checkbox"/> 登録内容の変更 <small>変更箇所のみご記入ください。</small> |
| | | * 番号がある場合は必ず記入してください。 |

| | | | | | |
|---------------|-------------------|---|-------|--|--|
| 加入 申込 者 | 加入者名 (団体名) | フリガナ | | | |
| | | 正式名称 | | | |
| | 法人格 | <small>法人格にあてはまる記号を○で囲んでください。</small> (A)NPO法人 (B)社会福祉法人 (C)社団法人 (D)財団法人 (E)その他の法人 (F)なし | | | |
| | 代表者 | 役職 | 氏名 | | |
| | 事務担当者 | 役職 | 氏名 | | |
| | 住所 | <small>下記の住所は <input type="checkbox"/>代表者 <input type="checkbox"/>事務担当者の住所です (どちらかに☑してください)</small> 〒 _____ <div style="text-align: right;"><small>どなたかの自宅の場合</small></div> <div style="text-align: right;"><small>様方</small></div> | | | |
| | TEL | | F A X | | |
| E-mail | このアドレスの使用者のお名前() | | | | |

*ご記入いただいた連絡先に『福祉の保険』に関するご案内、情報提供などをさせていただく場合があります。

*上記以外を郵送先・連絡先に指定される場合のみご記入ください。

| | | | | |
|-----|--------|---------|--------|--|
| 通信先 | 通信先名 | | | |
| | 通信先住所 | 〒 _____ | | |
| | 通信先TEL | | 通信先FAX | |

*活動状況を、必ずご記入ください。

| | | | | | | | |
|----------|--------|--|--|--------|---|--|--|
| 活動 状況 | 主な活動地域 | <small>主な活動地域がある場合ご記入ください。</small> 京都市内 _____ 区 京都府下 _____ 市・町 京都府外 _____ 都・道・府・県 | | 年間活動日数 | 日 | | |
| | 活動分野 | <small>実際の活動実態に基づいてあてはまる項目に☑してください。(複数回答可)</small> <input type="checkbox"/> 高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 障害児・障害者福祉 <input type="checkbox"/> 子ども・青少年福祉 <input type="checkbox"/> 子育てサポート <input type="checkbox"/> 保健・医療 <input type="checkbox"/> 地域・まちづくり <input type="checkbox"/> 文化、観光、芸術 <input type="checkbox"/> スポーツ・レクリエーション推進活動 <input type="checkbox"/> 国際交流・協力 <input type="checkbox"/> 自然環境保全 <input type="checkbox"/> 災害救援 <input type="checkbox"/> 地域安全 <input type="checkbox"/> 社会教育 <input type="checkbox"/> 人権・平和 <input type="checkbox"/> 市民活動支援 <input type="checkbox"/> 政策提言、行政監視 <input type="checkbox"/> 男女共同参画 <input type="checkbox"/> IT、情報化 <input type="checkbox"/> 雇用、労働 <input type="checkbox"/> 消費者保護 <input type="checkbox"/> セルフヘルプグループ <input type="checkbox"/> その他の活動 | | | | | |
| | 活動内容 | 活動内容について、具体的にお書きください。 | | | | | |
| | | | | | | | |

注)3枚目(白色)はお客様控えになっています。お客様のお手元に保管ください。

| | | | |
|-----|----------|------|----------------|
| 受付日 | 20 年 月 日 | 受付社協 | (担当者: 社会福祉協議会) |
|-----|----------|------|----------------|

申込日 20 年 月 日

加入者名簿

※ボランティア保険、福祉行事保険Bプランの
申込時には必ず加入者名簿が必要です。
ご提出がない場合は、補償できないことが
ありますので、必ずご提出ください。

| | | |
|---------|---|---|
| 保 険 種 目 | <input type="checkbox"/> ボランティア保険 <input type="checkbox"/> 福祉行事保険 | |
| 加入プラン | ※ボランティア保険のみ <input checked="" type="checkbox"/> チェック下さい <input type="checkbox"/> 基本S <input type="checkbox"/> 基本A <input type="checkbox"/> 基本B <input type="checkbox"/> 天災S <input type="checkbox"/> 天災A <input type="checkbox"/> 天災B | |
| 登 録 番 号 | | 登録番号が不明の場合はこちらに <input type="checkbox"/> チェックをお願い致します。 → |
| 団 体 名 | | |

※申込された方の入れかえはできません。※氏名、住所、電話番号が記載されているものであれば、専用紙以外でも受け付けできます。

| No. | 氏 名 | 住 所 | 電話番号 (電話番号をご記入いた だけない場合は生年月日) | 備考 |
|-----|-----|-----|-------------------------------------|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FAX: 075-255-0882

代理店・扱者：(株) エスアールエム 「福祉の保険」係
「福祉行事保険加入申込票 お客様控え」(コピー)も一緒にFAXしてください。

行事延期・中止報告書

報告日: 20 年 月 日

「福祉行事保険」をお申し込みいただいていた行事が中止・延期になった際は、至急本報告書をFAXしてください。

◆行事開催日が悪天候またはそれに準じる不可抗力による理由等で行事を延期・中止される場合

行事開催日当日(当日のFAX送付が困難な場合は、その翌日)のFAXでも受け付けいたします。

◆悪天候またはそれに準じる不可抗力による理由以外で行事を延期・中止される場合

延期・中止のご報告は、行事開催日前日までの受付に限ります。

延期または中止になった行事についてご記入ください。

| | | | | | | | | | | |
|---------------|---|----|---|---|---|---|----|---|---|---|
| 加入団体名 | | | | | | | | | | |
| 加入申込日(振込日) | ① | 20 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| お申し込みされた行事開催日 | ① | 20 | 年 | 月 | 日 | ② | 20 | 年 | 月 | 日 |
| 行事の内容・場所 | ① | | | | | ② | | | | |
| 保険料 | ① | | | | | ② | | | | |

延期の場合、ご記入ください

| | | | | | | | | | | |
|------|---|----|---|---|---|---|----|---|---|---|
| 延期理由 | ① | | | | | ② | | | | |
| 延期日 | ① | 20 | 年 | 月 | 日 | ② | 20 | 年 | 月 | 日 |

中止の場合、ご記入ください

| | | | | | | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| 中止理由 | ① | | | | | ② | | | | |
|------|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

振込にて返金致します

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|--|------|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険料 返金口座 返金時の振込手数料は ご負担いただきます。 (振込手数料を差し引いた 額を返金いたします。) | 金融機関名 | | | | | 本支店名 | | | | | | | | |
| | (銀行) (信用金庫) (信用組合) | | | | | フリガナ(ヨミ) | | | | | | | | |
| | (普通・総合) | | (貯蓄) | | | 店番(ゆうちょ銀行のみ) | | | | | | | | |
| | (当座) | | | | | 口座番号 | | | | | | | | |
| 口座名義 (カタカナで ご記入下さい) | | | | | | | | | | | | | | |

上記の中止・延期の報告について、事実と相違ないことを証明いたします。(必ず押印ください)

主催団体名

代表者名



担当者連絡先: