

(注意)

加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。施設所有(管理)者賠償責任保険、生産物賠償責任保険、受託者賠償責任保険、医師賠償責任保険、請負業者賠償責任保険、約定履行費用保険、レジャー・サービス施設費用保険において、※印の項目は危険に関する重要な事項です。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。普通傷害保険において、※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった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。

●明細のみに使用する場合は登録番号のみご記入ください。

申込 人	加入申込日	20 年 月 日	登録番号		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、個人情報の取扱い に同意のうえ加入を申し込 みます。また、普通傷害保 険の「ご加入内容確認事 項」について確認しました。	印
	法人名/団体名					
	事業所名					
	住所(加入証の 送付先)	〒				
	T E L		F A X			
	メールアドレス	@ 担当者名()				

【2026年度の更新及び新規お手続きについて】

2026年度より手続きについて変更があります。お申込される場合は、こちらの専用申込票を先にFAXまたはメールに添付してご連絡ください。

なお、**申込締切(振込期限)は、2026年2月28日**までをお願いします。

上記の対応が難しい方は、ご連絡ください。

また、年度途中からはじめてご加入される場合は、お手続きされる前に必ず代理店・扱者(株)エスアールエム(075-255-0883)までご連絡ください。別途、お手続方法をご案内いたします。

FAX:075-255-0882 メールアドレス:hoken@srm-net.co.jp

PLAN I-A オプション① 医療行為賠償責任 補償制度	対象施設数	1施設あたりの加入月保険料	保険料
	施設	× 円	円

加入月保険料 (保険料単位：円)							
加入月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
1施設あたり	68,620	65,190	61,760	58,330	54,900	51,470	48,030
加入月	11月	12月	1月	2月	3月	3月17日～	3月25日～
1施設あたり	44,600	37,740	30,880	24,020	17,160	10,290	6,860

複数の事業所分をまとめてお申込される場合は、登録番号と事業所名をご記入ください。

登録番号	事業所名	登録番号	事業所名

送り先	「まごころワイド」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 https://www.srm-net.co.jp/	<※他の保険契約等・保険金請求歴>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」の場合は下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)	
		保険会社	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

お手元にはお控えとしてコピーをお持ちください。