


ボランティア保険加入申込票

(ボランティア活動保険)

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。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。		<input type="checkbox"/> 年度内の追加申込		登録番号	
団体名および代表者名(記名被保険者)	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。)					 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。(詳細はパンフレットをご参照ください。)
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日	*振込日翌日以降の日付をご記入ください。		
申込手続きをされた方のお名前			申込手続きをされた方の連絡先			

*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。 *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く場合があります。

プラン	保険料	人数	合計保険料
基本コース	S 250円/1名	× ※ 人	円
	A 300円/1名	× ※ 人	円
	B 500円/1名	× ※ 人	円
天災コース	S 450円/1名	× ※ 人	円
	A 600円/1名	× ※ 人	円
	B 1,100円/1名	× ※ 人	円
		合計人数	人 円

ここに
保険料お支払いの控えを
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。

【※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

取扱代理店 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 5F TEL:075-252-6295/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る梅湊町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	カード配布	<input type="checkbox"/> 済	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	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) 〒 _____ _____ 様方			
	TEL			FAX	
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きます場合があります。

*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	主な活動地域がある場合ご記入ください。 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	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) <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。					

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

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	
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 <small>(電話番号をご記入いただけなかった場合は生年月日)</small>	備考