

【労災上乘せ保険】加入申込票

2024年度版

1. 申込人欄

★項目を訂正する場合、訂正印が必要です。

申込 人 住 所	〒 フリガナ	連 絡 先	申込日	年 月 日
			TEL: - - FAX: - - 法人名: (申込人名と同じ場合省略可) 担当者名:	
★ 申 込 法 人 名 (漢 字	フリガナ 漢字	記名・押印してください。	保険始期	2024年7月1日午後4時
	印		★中途加入 保険始期	年 月1日午後4時～
			保険終期	2025年7月1日午後4時

保険申込に関するお問合せ先	
【団体窓口】	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 福祉部経営支援担当 TEL: 03-3268-7232
【取扱代理店】	有限会社 東京福祉企画 TEL: 03-3268-0910
【引受保険会社】	三井住友海上火災保険 株式会社 幹事会社 公務第一部公務室 TEL: 0570-000-896

2. 対象施設欄

★項目を訂正する場合、訂正印が必要です。

対象施設・事業所	施設名称 (フリガナ必須)	★※被用者数	施設所在地 (フリガナ必須)	被保険者番号 (保険会社使用欄)
	フリガナ		フリガナ	
	フリガナ		フリガナ	
	フリガナ		フリガナ	
	フリガナ		フリガナ	
	フリガナ		フリガナ	

加入プラン ★被用者1名あたり保険料 <input type="checkbox"/> Aプラン = 2,280円 <input type="checkbox"/> ACプラン = 3,360円 <input type="checkbox"/> Bプラン = 3,610円 <input type="checkbox"/> BCプラン = 4,690円	×	被用者数合計 (Y)	=	合計保険料 円	振込先口座 銀行名: みずほ銀行 支店名: 飯田橋支店 預金種別: 普通 No1460372 口座名義人名: カ)トキョウトシヤクワイクキョウカイ ミンカクケンシヨクイン ノウガイノチセキケン 社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 民間福祉職員労災上乘せ保険口
				振込予定日 月 日	

※振込予定日は必ずご記入ください。