

(常勤役員用)

添付資料①-1

## 常勤役員災害補償規程

### 第1条

当法人は、常勤役員が急激かつ偶然な外来の事故によって傷害を被った場合、本法人を加入者とする傷害保険契約により、この規程に定める災害補償金を支給する。

### 第2条

当該保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限は、被保険者である常勤役員から法人に授与されるものとする。法人が受け取った保険金は、災害補償金として全額被保険者へ給付するものとする。

### 第3条

本規程による災害補償金の支給額は、次の通りとする。

- ①死亡・後遺障害 20,500千円
- ②入院 1日につき 7,000円
- ③手術保険金 入院保険金日額の10倍（入院中の手術）または5倍（入院中以外の手術）となります。傷の処置や抜歯等お支払いの対象外の手術があります。
- ④通院 1日につき 4,000円

以上

東京海上日動火災保険株式会社 御中

上記の通り常勤役員災害補償規程を定めましたので届け出ます。

平成 年 月 日

法人名

代表者名

代表印

(非常勤役員 7日以内用)

## 非常勤役員災害補償規程

### 第1条

当法人は、非常勤役員が法人運営のための活動に従事中（往復途上を含む）急激かつ偶然な外来の事故によって傷害を被った場合、本法人を加入者とする傷害保険契約により、この規程に定める災害補償金を支給する。

### 第2条

当該保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限は、被保険者である非常勤役員から法人に授与されるものとする。法人が受け取った保険金は、災害補償金として全額被保険者へ給付するものとする。

### 第3条

本規程による災害補償金の支給額は、次の通りとする。

- |          |   |
|----------|---|
| ①死亡・後遺障害 | 17,500千円  |
| ②入院      | 1日につき 4,500円  |
| ③手術保険金   | 入院保険金日額の10倍（入院中の手術）または5倍（入院中以外の手術）となります。傷の処置や抜歯等お支払いの対象外の手術があります。 |
| ④通院      | 1日につき 3,000円  |

以上

東京海上日動火災保険株式会社 御中

上記の通り非常勤役員災害補償規程を定めましたので届け出ます。

平成 年 月 日

法人名

代表者名

代表印

(非常勤役員 8～15 日用)

添付資料①-3

## 非常勤役員災害補償規程

### 第1条

当法人は、非常勤役員が法人運営のための活動に従事中（往復途上を含む）急激かつ偶然な外来の事故によって傷害を被った場合、本法人を加入者とする傷害保険契約により、この規程に定める災害補償金を支給する。

### 第2条

当該保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限は、被保険者である非常勤役員から法人に授与されるものとする。法人が受け取った保険金は、災害補償金として全額被保険者へ給付するものとする。

### 第3条

本規程による災害補償金の支給額は、次の通りとする。

- |          |   |
|----------|---|
| ①死亡・後遺障害 | 17,100千円  |
| ②入院      | 1日につき 4,500円  |
| ③手術保険金   | 入院保険金日額の10倍（入院中の手術）または5倍（入院中以外の手術）となります。傷の処置や抜歯等お支払いの対象外の手術があります。 |
| ③通院      | 1日につき 3,000円  |

以上

東京海上日動火災保険株式会社 御中

上記の通り非常勤役員災害補償規程を定めましたので届け出ます。

平成 年 月 日

法人名

代表者名

代表印

(非常勤役員 16～30 日用)

添付資料①-4

## 非常勤役員災害補償規程

### 第1条

当法人は、非常勤役員が法人運営のための活動に従事中（往復途上を含む）急激かつ偶然な外来の事故によって傷害を被った場合、本法人を加入者とする傷害保険契約により、この規程に定める災害補償金を支給する。

### 第2条

当該保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限は、被保険者である非常勤役員から法人に授与されるものとする。法人が受け取った保険金は、災害補償金として全額被保険者へ給付するものとする。

### 第3条

本規程による災害補償金の支給額は、次の通りとする。

- |          |   |
|----------|---|
| ①死亡・後遺障害 | 16,800千円  |
| ②入院      | 1日につき 4,500円  |
| ③手術保険金   | 入院保険金日額の10倍（入院中の手術）または5倍（入院中以外の手術）となります。傷の処置や抜歯等お支払いの対象外の手術があります。 |
| ④通院      | 1日につき 3,000円  |

以上

東京海上日動火災保険株式会社 御中

上記の通り非常勤役員災害補償規程を定めましたので届け出ます。

平成 年 月 日

法人名

代表者名

代表印

**常勤役員用**

**保険金受取人指定に関する周知事項等確認書**

保険金受取人の指定にあたり、下記の事項が事実と相違ないことを確認します。

記入日	平成 年 月 日
企業等名・団体名	
役職名・役職者氏名 (職務権限のある方)	(署名または記名・捺印) <span style="float: right;">印</span>

**1. 保険金受取人指定に関する契約内容**

※「当社」とは「企業等名・団体名」欄記載の法人または個人事業主をいいます。(以下同様とします。)

ご契約者【上記「企業等名・団体名」と異なる場合のみ記入必須】	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 平成 30 年 7 月 1 日まで
証券番号	
保険種類	総合生活保険 (傷害補償)
保険金受取人を指定する被保険者の範囲	<input type="checkbox"/> 当社役員 <input type="checkbox"/> 当社職員 (従業員) <input type="checkbox"/> その他 ( )

**2. 確認事項 (同意確認方法については、「4. <ご参考>被保険者の同意確認方法」をご参照ください。)**

(1) 本確認書に添付して提出する災害時の給付について定めた規定 (災害補償規定等) の写は原本の内容と相違ないこと。  
【同意確認方法が B1・D1 の場合のみ】労働基準監督署に届け出た原本の内容と相違ないこと。

(2) 上記の者を被保険者とし、当社を保険金受取人とする他の保険契約等の有無および内容は以下に相違ないこと。

当社を保険金受取人とする他の保険契約等の有無	(該当するものにチェック☑をしてください。) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他の保険契約等の内容
------------------------	---	------------

(3) 法人契約特約をセットする傷害保険の場合で、同特約において死亡保険金受取人に支払う旨が規定されている保険金の支払いを受けるときに、次の書類のいずれかを提出すること。

- その被保険者の同意書
- 保険金相当額以上の領収証
- その被保険者に保険金相当額以上の支払をしたこと分かる支払書類

以下の (4) ~ (7) は被保険者の同意確認方法によりご記入・ご確認いただく欄が異なりますのでご注意ください。

※B1・B2T・D1・D2Tの場合：(4) ~ (6) をご確認ください。

※B2・D2の場合：(7) をご確認ください。

(4) 被保険者への周知または通知を以下のとおり実施したこと。

実施日	平成 年 月 日
実施者	役職名： <span style="float: right;">氏名：</span>

<被保険者への周知・通知確認方法> 以下①②のいずれかにチェック☑をしてください。

<input type="checkbox"/> ①同意確認方法がB1・D1の場合 ※以下のいずれかにチェック☑をしてください。
<input type="checkbox"/> 常時各作業場の見やすい場所へ掲示し、または備え付けること。 <input type="checkbox"/> 書面を交付すること。 <input type="checkbox"/> 磁気テープ、磁気ディスクその他これらに準ずる物に記録し、かつ、各作業場に当記録の内容を常時確認できる機器を設置すること。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input checked="" type="checkbox"/> ②同意確認方法がB2T・D2Tの場合 ※以下のいずれかにチェック☑をしてください。
<input type="checkbox"/> 保険契約内容が記載された災害補償規定等を配布し周知 (社内イントラネットへの掲載を含む。) <input type="checkbox"/> 申込書・明細書等の保険内容が記載されたものを配布し周知 <input type="checkbox"/> その他 ( )

(5) 上記保険契約の加入について不同意の者の有無は下記のとおりであったこと。

不同意者の有無	<input type="checkbox"/> 有 (「3. 不同意者名簿」のとおり) <input type="checkbox"/> 無
---------	---

(6) 保険期間中に新たに被保険者となる者に対しても上記の方法にて周知・通知・同意確認を行い、不同意の申し出のあった場合は保険会社に通知すること。

(7) 本契約の前契約証券番号は以下のとおり。

証券番号 ( 5573870131 )

※本確認書の添付書類として災害時の給付について定めた規定 (災害補償規定等) の写をご提出ください。

3. 不同意者名簿

「1. 保険金受取人指定に関する契約内容」記載の保険契約について、被保険者となることにつき同意しない旨の申出がありました。  
 ついては、下記(1)の不同意者を被保険者から除いて保険契約を申し込みます。

(1) 不同意者

氏名	生年月日 (該当する年号にチェック☑をしてください。)	所属等
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	

(2) 対象となる保険契約 (保険会社記入欄)

証券番号	
ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会

4. <ご参考>被保険者の同意確認方法

本確認書表面記載の被保険者の同意確認方法については以下の通りとなります。

傷害保険	医療保険	
B1	D1	労働基準監督署に届け出た災害補償規定等の周知を確認する方式
B2	D2	災害補償規定等に基づき加入し、被保険者全員の署名をいただき同意を確認する方式
B2T	D2T	災害補償規定等に基づき加入し、被保険者全員への保険内容に関する通知を確認する方式
B2R		保険契約者が企業等の連合体で被保険者の所属する企業を受取人に指定する場合の方式 (特例)

※ 準記名式契約(傷害)の場合、B2方式またはB2R方式での被保険者の同意確認はできません。  
 法人契約特約をセットした場合、B2R方式での被保険者の同意確認はできません。

**非常勤役員 7日以内用**

**保険金受取人指定に関する周知事項等確認書**

保険金受取人の指定にあたり、下記の事項が事実と相違ないことを確認します。

記入日	平成	年	月	日	
企業等名・団体名					
役職名・役職者氏名 (職務権限のある方)	(署名または記名・捺印)				印

**1. 保険金受取人指定に関する契約内容**

※「当社」とは「企業等名・団体名」欄記載の法人または個人事業主をいいます。(以下同様とします。)

ご契約者【上記「企業等名・団体名」と異なる場合のみ記入必須】	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 平成 30 年 7 月 1 日まで
証券番号	
保険種類	総合生活保険 (傷害補償)
保険金受取人を指定する被保険者の範囲	<input type="checkbox"/> 当社役員 <input type="checkbox"/> 当社職員 (従業員) <input type="checkbox"/> その他 ( )

**2. 確認事項 (同意確認方法については、「4. <ご参考>被保険者の同意確認方法」をご参照ください。)**

- (1) 本確認書に添付して提出する災害時の給付について定めた規定 (災害補償規定等) の写は原本の内容と相違ないこと。  
 【同意確認方法が B1・D1 の場合のみ】労働基準監督署に届け出た原本の内容と相違ないこと。

- (2) 上記の者を被保険者とし、当社を保険金受取人とする他の保険契約等の有無および内容は以下に相違ないこと。

当社を保険金受取人とする他の保険契約等の有無	(該当するものにチェック☑をしてください。)	他の保険契約等の内容
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

- (3) 法人契約特約をセットする傷害保険の場合で、同特約において死亡保険金受取人に支払う旨が規定されている保険金の支払いを受けるときに、次の書類のいずれかを提出すること。

- その被保険者の同意書    ●保険金相当額以上の領収証    ●その被保険者に保険金相当額以上の支払をしたこと分かる支払書類

以下の (4) ~ (7) は被保険者の同意確認方法によりご記入・ご確認いただく欄が異なりますのでご注意ください。  
 ※B1・B2T・D1・D2T の場合：(4) ~ (6) をご確認ください。  
 ※B2・D2 の場合：(7) をご確認ください。

- (4) 被保険者への周知または通知を以下のとおり実施したこと。

実施日	平成	年	月	日	
実施者	役職名：				氏名：

<被保険者への周知・通知確認方法> 以下①②のいずれかにチェック☑をしてください。

<input type="checkbox"/>	①同意確認方法が B1・D1 の場合 ※以下のいずれかにチェック☑をしてください。
	<input type="checkbox"/> 常時各作業場の見やすい場所へ掲示し、または備え付けること。 <input type="checkbox"/> 書面を交付すること。 <input type="checkbox"/> 磁気テープ、磁気ディスクその他これらに準ずる物に記録し、かつ、各作業場に当記録の内容を常時確認できる機器を設置すること。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input checked="" type="checkbox"/>	②同意確認方法が B2T・D2T の場合 ※以下のいずれかにチェック☑をしてください。
	<input type="checkbox"/> 保険契約内容が記載された災害補償規定等を配布し周知 (社内イントラネットへの掲載を含む。) <input type="checkbox"/> 申込書・明細書等の保険内容が記載されたものを配布し周知 <input type="checkbox"/> その他 ( )

- (5) 上記保険契約の加入について不同意の者の有無は下記のとおりであったこと。

不同意者の有無	<input type="checkbox"/> 有 (「3. 不同意者名簿」のとおり)	<input type="checkbox"/> 無
---------	--	----------------------------

- (6) 保険期間中に新たに被保険者となる者に対しても上記の方法にて周知・通知・同意確認を行い、不同意の申し出のあった場合は保険会社に通知すること。

- (7) 本契約の前契約証券番号は以下のとおり。  
 証券番号 ( 5573870132 )

※本確認書の添付書類として災害時の給付について定めた規定 (災害補償規定等) の写をご提出ください。

3. 不同意者名簿

「1. 保険金受取人指定に関する契約内容」記載の保険契約について、被保険者となることにつき同意しない旨の申出がありました。  
 ついては、下記(1)の不同意者を被保険者から除いて保険契約を申し込みます。

(1) 不同意者

氏名	生年月日 (該当する年号にチェック☑をしてください。)	所属等
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	

(2) 対象となる保険契約 (保険会社記入欄)

証券番号	
ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会

4. <ご参考>被保険者の同意確認方法

本確認書表面記載の被保険者の同意確認方法については以下の通りとなります。

傷害保険	医療保険	
B1	D1	労働基準監督署に届け出た災害補償規定等の周知を確認する方式
B2	D2	災害補償規定等に基づき加入し、被保険者全員の署名をいただき同意を確認する方式
B2T	D2T	災害補償規定等に基づき加入し、被保険者全員への保険内容に関する通知を確認する方式
B2R		保険契約者が企業等の連合体で被保険者の所属する企業を受取人に指定する場合の方式 (特例)

※ 準記名式契約(傷害)の場合、B2方式またはB2R方式での被保険者の同意確認はできません。  
 法人契約特約をセットした場合、B2R方式での被保険者の同意確認はできません。



**非常勤役員 8~15日用**

**保険金受取人指定に関する周知事項等確認書**

保険金受取人の指定にあたり、下記の事項が事実と相違ないことを確認します。

記入日	平成 年 月 日
企業等名・団体名	
役職名・役職者氏名 (職務権限のある方)	(署名または記名・捺印) <span style="float: right;">印</span>

**1. 保険金受取人指定に関する契約内容**

※「当社」とは「企業等名・団体名」欄記載の法人または個人事業主をいいます。(以下同様とします。)

ご契約者【上記「企業等名・団体名」と異なる場合のみ記入必須】	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 平成 30 年 7 月 1 日まで
証券番号	
保険種類	総合生活保険 (傷害補償)
保険金受取人を指定する被保険者の範囲	<input type="checkbox"/> 当社役員 <input type="checkbox"/> 当社職員 (従業員) <input type="checkbox"/> その他 ( )

**2. 確認事項 (同意確認方法については、「4. <ご参考>被保険者の同意確認方法」をご参照ください。)**

(1) 本確認書に添付して提出する災害時の給付について定めた規定 (災害補償規定等) の写は原本の内容と相違ないこと。  
【同意確認方法が B1・D1 の場合のみ】労働基準監督署に届け出た原本の内容と相違ないこと。

(2) 上記の者を被保険者とし、当社を保険金受取人とする他の保険契約等の有無および内容は以下に相違ないこと。

当社を保険金受取人とする他の保険契約等の有無	(該当するものにチェック☑をしてください。) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他の保険契約等の内容
------------------------	---	------------

(3) 法人契約特約をセットする傷害保険の場合で、同特約において死亡保険金受取人に支払う旨が規定されている保険金の支払いを受けるときに、次の書類のいずれかを提出すること。

- その被保険者の同意書 ●保険金相当額以上の領収証 ●その被保険者に保険金相当額以上の支払をしたこと分かる支払書類

以下の (4) ~ (7) は被保険者の同意確認方法によりご記入・ご確認いただく欄が異なりますのでご注意ください。

※B1・B2T・D1・D2Tの場合：(4) ~ (6) をご確認ください。

※B2・D2の場合：(7) をご確認ください。

(4) 被保険者への周知または通知を以下のとおり実施したこと。

実施日	平成 年 月 日
実施者	役職名： <span style="float: right;">氏名：</span>

<被保険者への周知・通知確認方法> 以下①②のいずれかにチェック☑をしてください。

<input type="checkbox"/> ①同意確認方法がB1・D1の場合 ※以下のいずれかにチェック☑をしてください。
<input type="checkbox"/> 常時各作業場の見やすい場所へ掲示し、または備え付けること。 <input type="checkbox"/> 書面を交付すること。 <input type="checkbox"/> 磁気テープ、磁気ディスクその他これらに準ずる物に記録し、かつ、各作業場に当記録の内容を常時確認できる機器を設置すること。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input checked="" type="checkbox"/> ②同意確認方法がB2T・D2Tの場合 ※以下のいずれかにチェック☑をしてください。
<input type="checkbox"/> 保険契約内容が記載された災害補償規定等を配布し周知 (社内イントラネットへの掲載を含む。) <input type="checkbox"/> 申込書・明細書等の保険内容が記載されたものを配布し周知 <input type="checkbox"/> その他 ( )

(5) 上記保険契約の加入について不同意の者の有無は下記のとおりであったこと。

不同意者の有無	<input type="checkbox"/> 有 (「3. 不同意者名簿」のとおり) <input type="checkbox"/> 無
---------	---

(6) 保険期間中に新たに被保険者となる者に対しても上記の方法にて周知・通知・同意確認を行い、不同意の申し出のあった場合は保険会社に通知すること。

(7) 本契約の前契約証券番号は以下のとおり。

証券番号 ( 5573870134 )

※本確認書の添付書類として災害時の給付について定めた規定 (災害補償規定等) の写をご提出ください。

3. 不同意者名簿

「1. 保険金受取人指定に関する契約内容」記載の保険契約について、被保険者となることにつき同意しない旨の申出がありました。  
 ついては、下記(1)の不同意者を被保険者から除いて保険契約を申し込みます。

(1) 不同意者

氏名	生年月日 (該当する年号にチェック☑をしてください。)	所属等
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	

(2) 対象となる保険契約 (保険会社記入欄)

証券番号	
ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会

4. <ご参考>被保険者の同意確認方法

本確認書表面記載の被保険者の同意確認方法については以下の通りとなります。

傷害保険	医療保険	
B1	D1	労働基準監督署に届け出た災害補償規定等の周知を確認する方式
B2	D2	災害補償規定等に基づき加入し、被保険者全員の署名をいただき同意を確認する方式
B2T	D2T	災害補償規定等に基づき加入し、被保険者全員への保険内容に関する通知を確認する方式
B2R		保険契約者が企業等の連合体で被保険者の所属する企業を受取人に指定する場合の方式 (特例)

※ 準記名式契約(傷害)の場合、B2方式またはB2R方式での被保険者の同意確認はできません。  
 法人契約特約をセットした場合、B2R方式での被保険者の同意確認はできません。

**非常勤役員 16～30日用**

**保険金受取人指定に関する周知事項等確認書**

保険金受取人の指定にあたり、下記の事項が事実と相違ないことを確認します。

記入日	平成	年	月	日	
企業等名・団体名					
役職名・役職者氏名 (職務権限のある方)	(署名または記名・捺印)				印

**1. 保険金受取人指定に関する契約内容**

※「当社」とは「企業等名・団体名」欄記載の法人または個人事業主をいいます。(以下同様とします。)

ご契約者【上記「企業等名・団体名」と異なる場合のみ記入必須】	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 平成 30 年 7 月 1 日まで
証券番号	
保険種類	総合生活保険 (傷害補償)
保険金受取人を指定する被保険者の範囲	<input type="checkbox"/> 当社役員 <input type="checkbox"/> 当社職員 (従業員) <input type="checkbox"/> その他 ( )

**2. 確認事項 (同意確認方法については、「4. <ご参考>被保険者の同意確認方法」をご参照ください。)**

(1) 本確認書に添付して提出する災害時の給付について定めた規定 (災害補償規定等) の写は原本の内容と相違ないこと。  
 【同意確認方法が B1・D1 の場合のみ】労働基準監督署に届け出た原本の内容と相違ないこと。

(2) 上記の者を被保険者とし、当社を保険金受取人とする他の保険契約等の有無および内容は以下に相違ないこと。

当社を保険金受取人とする他の保険契約等の有無	(該当するものにチェック☑をしてください。) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他の保険契約等の内容
------------------------	---	------------

(3) 法人契約特約をセットする傷害保険の場合で、同特約において死亡保険金受取人に支払う旨が規定されている保険金の支払いを受けるときに、次の書類のいずれかを提出すること。

- その被保険者の同意書 ●保険金相当額以上の領収証 ●その被保険者に保険金相当額以上の支払をしたこと分かる支払書類

以下の (4) ~ (7) は被保険者の同意確認方法によりご記入・ご確認いただく欄が異なりますのでご注意ください。  
 ※B1・B2T・D1・D2T の場合：(4) ~ (6) をご確認ください。  
 ※B2・D2 の場合：(7) をご確認ください。

(4) 被保険者への周知または通知を以下のとおり実施したこと。

実施日	平成	年	月	日
実施者	役職名：			氏名：

<被保険者への周知・通知確認方法> 以下①②のいずれかにチェック☑をしてください。

<input type="checkbox"/>	①同意確認方法が B1・D1 の場合 ※以下のいずれかにチェック☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 常時各作業場の見やすい場所へ掲示し、または備え付けること。 <input type="checkbox"/> 書面を交付すること。 <input type="checkbox"/> 磁気テープ、磁気ディスクその他これらに準ずる物に記録し、かつ、各作業場に当記録の内容を常時確認できる機器を設置すること。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input checked="" type="checkbox"/>	②同意確認方法が B2T・D2T の場合 ※以下のいずれかにチェック☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 保険契約内容が記載された災害補償規定等を配布し周知 (社内イントラネットへの掲載を含む。) <input type="checkbox"/> 申込書・明細書等の保険内容が記載されたものを配布し周知 <input type="checkbox"/> その他 ( )

(5) 上記保険契約の加入について不同意の者の有無は下記のとおりであったこと。

不同意者の有無	<input type="checkbox"/> 有 (「3. 不同意者名簿」のとおり)	<input type="checkbox"/> 無
---------	--	----------------------------

(6) 保険期間中に新たに被保険者となる者に対しても上記の方法にて周知・通知・同意確認を行い、不同意の申し出のあった場合は保険会社に通知すること。

(7) 本契約の前契約証券番号は以下のとおり。  
 証券番号 ( 5573870134 )

※本確認書の添付書類として災害時の給付について定めた規定 (災害補償規定等) の写をご提出ください。

3. 不同意者名簿

「1. 保険金受取人指定に関する契約内容」記載の保険契約について、被保険者となることにつき同意しない旨の申出がありました。  
 ついては、下記(1)の不同意者を被保険者から除いて保険契約を申し込みます。

(1) 不同意者

氏名	生年月日 (該当する年号にチェック☑をしてください。)	所属等
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	

(2) 対象となる保険契約 (保険会社記入欄)

証券番号	
ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会

4. <ご参考>被保険者の同意確認方法

本確認書表面記載の被保険者の同意確認方法については以下の通りとなります。

傷害保険	医療保険	
B1	D1	労働基準監督署に届け出た災害補償規定等の周知を確認する方式
B2	D2	災害補償規定等に基づき加入し、被保険者全員の署名をいただき同意を確認する方式
B2T	D2T	災害補償規定等に基づき加入し、被保険者全員への保険内容に関する通知を確認する方式
B2R		保険契約者が企業等の連合体で被保険者の所属する企業を受取人に指定する場合の方式 (特例)

※ 準記名式契約(傷害)の場合、B2方式またはB2R方式での被保険者の同意確認はできません。  
 法人契約特約をセットした場合、B2R方式での被保険者の同意確認はできません。

常勤役員用

**被保険者代表者確認書**

下記の契約について、「保険契約内容」、「災害時の給付について定めた規定の内容」および「被保険者\*1となることにつき不同意の者は申し出ることができること」につき通知を受けたことを、被保険者を代表して確認します。

記入日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

**■被保険者代表者**

氏名	(被保険者代表者の署名)			
属性等 <small>(いずれか該当するものに☑)</small>	<input type="checkbox"/> 労働組合の執行委員長等			印
	労働組合の執行委員長等の役職者であることを確認するため、「労働組合執行委員長等の役職印」または「個人印および労働組合印」を右欄に捺印してください。			
	<input type="checkbox"/> その他 (労働組合に準じた労働条件改善委員会等の役職者、労働基準監督署への従業員代表者としての意見書提出者 等)			
	以下のいずれかの書類が必要です。(添付したことを確認して☑)			
	<input type="checkbox"/> 「被保険者代表者であることの確認書類」			
	<input type="checkbox"/> 「被保険者全員が保険契約の内容の通知を受けたこと確認書類」として、被保険者全員への「保険契約締結に関する通知」のコピー			

\*1 「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。

**■契約内容**

ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会			
保険種類				
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 平成 30 年 7 月 1 日まで			
保険金額 <small>(被保険者1名あたり)</small>	死亡・後遺障害保険金額	20,500		万円
	入院保険金日額	7,000		円
	通院保険金日額	4,000		円
				円
				円
				円
				円
保険金受取人	ご契約者と同じ			

**非常勤役員 7日以内用**

**被保険者代表者確認書**

下記の契約について、「保険契約内容」、「災害時の給付について定めた規定の内容」および「被保険者\*1となることにつき不同意の者は申し出ることができること」につき通知を受けたことを、被保険者を代表して確認します。

記入日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

**■被保険者代表者**

氏名	(被保険者代表者の署名)		
属性等 <small>(いずれか該当するものに☑)</small>	<input type="checkbox"/> 労働組合の執行委員長等		
	労働組合の執行委員長等の役職者であることを確認するため、「労働組合執行委員長等の役職印」または「個人印および労働組合印」を右欄に捺印してください。		印
属性等 <small>(いずれか該当するものに☑)</small>	<input type="checkbox"/> その他 (労働組合に準じた労働条件改善委員会等の役職者、労働基準監督署への従業員代表者としての意見書提出者 等)		
	以下のいずれかの書類が必要です。(添付したことを確認して☑)		
	<input type="checkbox"/> 「被保険者代表者であることの確認書類」		
	<input type="checkbox"/> 「被保険者全員が保険契約の内容の通知を受けたこと、被保険者全員への「保険契約締結に関する通知」のコピー		

\*1 「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。

**■契約内容**

ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険種類			
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 平成 30 年 7 月 1 日まで		
保険金額 <small>(被保険者1名あたり)</small>	死亡・後遺障害保険金額	17,500	万円
	入院保険金日額	4,500	円
	通院保険金日額	3,000	円
			円
			円
			円
			円
保険金受取人	ご契約者と同じ		

**非常勤役員 8～15日用**

**被保険者代表者確認書**

下記の契約について、「保険契約内容」、「災害時の給付について定めた規定の内容」および「被保険者\*1となることにつき不同意の者は申し出ることができること」につき通知を受けたことを、被保険者を代表して確認します。

記入日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

**■被保険者代表者**

氏名	(被保険者代表者の署名)	
属性等 (いずれか該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 労働組合の執行委員長等 労働組合の執行委員長等の役職者であることを確認するため、「労働組合執行委員長等の役職印」または「個人印および労働組合印」を右欄に捺印してください。	
	<input type="checkbox"/> その他 (労働組合に準じた労働条件改善委員会等の役職者、労働基準監督署への従業員代表者としての意見書提出者 等) 以下のいずれかの書類が必要です。(添付したことを確認して☑) <input type="checkbox"/> 「被保険者代表者であることの確認書類」 <input type="checkbox"/> 「被保険者全員が保険契約の内容の通知を受けたことの確認書類」として、被保険者全員への「保険契約締結に関する通知」のコピー	

\*1 「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。

**■契約内容**

ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険種類			
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 平成 30 年 7 月 1 日まで		
保険金額 (被保険者1名あたり)	死亡・後遺障害保険金額	17,100	万円
	入院保険金日額	4,500	円
	通院保険金日額	3,000	円
			円
			円
			円
			円
保険金受取人	ご契約者と同じ		



## 非常勤役員 16～30日用

## 被保険者代表者確認書

下記の契約について、「保険契約内容」、「災害時の給付について定めた規定の内容」および「被保険者\*1となることにつき不同意の者は申し出ることができること」につき通知を受けたことを、被保険者を代表して確認します。

記入日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

## ■被保険者代表者

氏名	(被保険者代表者の署名)		
属性等 (いずれか該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 労働組合の執行委員長等		
	労働組合の執行委員長等の役職者であることを確認するため、「労働組合執行委員長等の役職印」または「個人印および労働組合印」を右欄に捺印してください。	印	
	<input type="checkbox"/> その他 (労働組合に準じた労働条件改善委員会等の役職者、労働基準監督署への従業員代表者としての意見書提出者 等)		
	以下のいずれかの書類が必要です。(添付したことを確認して☑)		
	<input type="checkbox"/> 「被保険者代表者であることの確認書類」		
	<input type="checkbox"/> 「被保険者全員が保険契約の内容の通知を受けたことの確認書類」として、被保険者全員への「保険契約締結に関する通知」のコピー		

\*1 「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。

## ■契約内容

ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険種類			
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 平成 30 年 7 月 1 日まで		
保険金額 (被保険者1名あたり)	死亡・後遺障害保険金額	16,800	万円
	入院保険金日額	4,500	円
	通院保険金日額	3,000	円
			円
			円
			円
			円
保険金受取人	ご契約者と同じ		



常勤役員用

通知日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

役員各位

法人名  
 代表者名 \_\_\_\_\_ 代表印

**傷害保険契約締結に関する通知**

今般、役員の方々に不慮の事故が生じた場合に補償するため、当法人が契約者となって、役員の方々を被保険者、当法人を保険金受取人とする下記の傷害保険契約を締結することといたしますので通知します。役員の方々に万一のことがあった場合は、当法人規定に定められた金額をご家族に支払うこととなりますが、本保険に基づく保険金はその支払いに充当されることとなります。

本件について、役員の方々から特段のお申し出がない場合は、本趣旨をご理解いただいたものとして取扱います。

保険契約の内容について、ご質問等があれば、平成 29 年 7 月 1 日までに下記の照会先までお問い合わせください。

記

契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 1年 間		
保険金額 (被保険者1名あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	20,500 千円	
	(入院保険金日額)	7,000 円	
	(通院保険金日額)	4,000 円	
保険金受取人	法人		
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

<照会先>  
 有限会社 東京福祉企画  
 担当者:岡本  
 TEL:03-3268-0910

非常勤役員 7日以内用

通知日 平成 年 月 日

役員各位

法人名  
代表者名 \_\_\_\_\_ 代表印**傷害保険契約締結に関する通知**

今般、役員の方々に不慮の事故が生じた場合に補償するため、当法人が契約者となって、役員の方々を被保険者、当法人を保険金受取人とする下記の傷害保険契約を締結することといたしますので通知します。役員の方々に万一のことがあった場合は、当法人規定に定められた金額をご家族に支払うこととなりますが、本保険に基づく保険金はその支払いに充当されることとなります。

本件について、役員の方々から特段のお申し出がない場合は、本趣旨をご理解いただいたものとして取扱います。

保険契約の内容について、ご質問等があれば、平成 29 年 7 月 1 日までに下記の照会先までお問い合わせください。

## 記

契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会	
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 1年 間	
保険金額 (被保険者1名あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	17,500 千円
	(入院保険金日額)	4,500 円
	(通院保険金日額)	3,000 円
保険金受取人	法人	
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社	

## &lt;照会先&gt;

有限会社 東京福祉企画  
担当者:岡本  
TEL:03-3268-0910

非常勤役員 8~15日用

通知日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

役員各位

法人名  
 代表者名 \_\_\_\_\_ 代表印

**傷害保険契約締結に関する通知**

今般、役員の方々に不慮の事故が生じた場合に補償するため、当法人が契約者となって、役員の方々を被保険者、当法人を保険金受取人とする下記の傷害保険契約を締結することといたしますので通知します。役員の方々に万一のことがあった場合は、当法人規定に定められた金額をご家族に支払うこととなりますが、本保険に基づく保険金はその支払いに充当されることとなります。

本件について、役員の方々から特段のお申し出がない場合は、本趣旨をご理解いただいたものとして取扱います。

保険契約の内容について、ご質問等があれば、平成 29 年 7 月 1 日までに下記の照会先までお問い合わせください。

記

契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 1年 間		
保険金額 (被保険者1名あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	17,100 千円	
	(入院保険金日額)	4,500 円	
	(通院保険金日額)	3,000 円	
保険金受取人	法人		
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

<照会先>

有限会社 東京福祉企画  
 担当者: 岡本  
 TEL: 03-3268-0910

非常勤役員 16~30日用

通知日 平成 年 月 日

役員各位

法人名  
代表者名 \_\_\_\_\_ 代表印**傷害保険契約締結に関する通知**

今般、役員の方々に不慮の事故が生じた場合に補償するため、当法人が契約者となって、役員の方々を被保険者、当法人を保険金受取人とする下記の傷害保険契約を締結することといたしますので通知します。役員の方々に万一のことがあった場合は、当法人規定に定められた金額をご家族に支払うこととなりますが、本保険に基づく保険金はその支払いに充当されることとなります。

本件について、役員の方々から特段のお申し出がない場合は、本趣旨をご理解いただいたものとして取扱います。

保険契約の内容について、ご質問等があれば、平成 29 年 7 月 1 日までに下記の照会先までお問い合わせください。

## 記

契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会	
保険期間	平成 29 年 7 月 1 日から 1年 間	
保険金額 (被保険者1名あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	16,800 千円
	(入院保険金日額)	4,500 円
	(通院保険金日額)	3,000 円
保険金受取人	法人	
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社	

## &lt;照会先&gt;

有限会社 東京福祉企画  
担当者:岡本  
TEL:03-3268-0910

添付資料⑤

(非常勤役員用)

平成29年 月 日

東京海上日動火災保険株式会社 御中

非常勤役員の年間活動予定表または実績表

法人名

代表者名 \_\_\_\_\_ 代表印

下記日程に相違ありません。

平成 年 月から1年間

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
理事会	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
評議員会	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
監事会	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
第3者 委員会等	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
その他施設 行事等	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

記入上の注意

- ※ 非常勤役員が法人運営のための活動に従事する日（活動日）のみをご記入ください。
- ※ 平成29年度の活動予定か平成28年度の活動実績のいずれかをご記入ください。
- ※ 平成29年度の活動予定の場合、実際の開催月日と多少のズレがあっても構いません。
- ※ 複数の非常勤役員が加入の場合で、活動日が各々異なる場合には、原則、最も活動日が多い非常勤役員の状況についてご記入ください。

ただし、非常勤役員によって活動日数の差が大きい場合は、平均活動日数方式もあるので、(有)東京福祉企画にご相談ください。