

# 「ふれあいサロン傷害保険」 加入依頼書

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。

## 社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

|             |                          |
|-------------|--------------------------|
| 社協住所 (〒 - ) | 連絡先 (ご担当者名 )             |
|             | T E L - -                |
| 社協名<br>印    | F A X - -                |
|             | メールアドレス                  |
| 加入依頼日 年 月 日 | 保険期間開始日 2019年4月1日 午前0時   |
|             | 保険期間満了日 2020年3月31日 午後12時 |

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払できないことがありますので、ご注意ください。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合にはご加入を解除すること、保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 他<br>契<br>約<br>保<br>険<br>★ | あり |
|----------------------------|----|

※1

※1 他の保険契約等（この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。）がある場合には○をし、下の「他の保険契約等」に詳細をご記入ください。

### 他の保険契約等(※)

具体的な内容をご記入ください。

(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

| 被保険者氏名 | 保険会社・共済会社 | 保険種類 | 満期日<br>(補償の満了する日) | 保険金額・支払限度額<br>(ご契約金額)(万円) |
|--------|-----------|------|-------------------|---------------------------|
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |

ご希望の加入コースに●印を付けてください。

| ＜ふれあいサロン傷害保険＞ |  | 保険料 |
|---------------|--|-----|
| ○             | Aコース<br>30円×☆( )人<br>*年間延べ参加者人数をご記入ください。 | 円   |
| ○             | Bコース<br>15円×☆( )人<br>*年間延べ参加者人数をご記入ください。 |     |

\*年間延べ参加者人数は、次のとおりとします。

- ①更新加入：報告いただいた前年1月～12月の延べ参加者人数  
(12ヶ月に満たない場合は、延べ参加者人数×12÷活動月数)
- ②新規加入：ふれあいサロン実施済みの場合は、前年(年間)の延べ参加者人数  
新たに始める場合は、今後1年間の見込み参加者人数

\*今年度のサロン活動実績は、毎月10日までに前月分の活動実績を別紙にて東京都社会福祉協議会までご報告ください。

### ＜ご加入に際して＞

私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

- ①私が東京都社会福祉協議会の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④パンフレットに記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

|        |       |
|--------|-------|
| 保険料払込日 | 年 月 日 |
| 東社協処理欄 | 月 日   |

# 「ふれあいサロン傷害保険」加入依頼書

加入依頼書は保険契

## 記入例

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

|   |  |
|---|--|
| 社協住所 (〒 162 - 4567 )<br>東京都千代田区飯田橋1-1-1   | 連絡先 (ご担当者名 齊藤 )<br>TEL 03 - 1234 - 5678            |
| 社協名<br>〇〇社会福祉協議会〇〇〇〇 印<br><small>&lt;ご加入に際して&gt;を確認し、契約者である東社協に対して加入を依頼します。</small> | FAX 03 - 1234 - 5679<br>メールアドレス abc@cde.fa.com     |
| 加入依頼日 2019年3月1日   | 保険期間開始日 2019年4月1日 午前0時<br>保険期間満了日 2020年3月31日 午後12時 |

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払できないことがありますので、ご注意ください。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合にはご加入を解除すること、保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。



※1

※1 他の保険契約等（この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。）がある場合には○をし、下の「他の保険契約等」に詳細をご記入ください。

## 他の保険契約等(※)

具体的な内容をご記入ください。

(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

| 被保険者氏名 | 保険会社・共済会社 | 保険種類 | 満期日<br>(補償の満了する日) | 保険金額・支払限度額<br>(ご契約金額)(万円) |
|--------|-----------|------|-------------------|---------------------------|
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |

ご希望の加入コースに●印を付けてください。

| 〈ふれあいサロン傷害保険〉 |  | 保険料      |
|---------------|--|----------|
| ●             | Aコース<br>30円×☆( 500 )人<br>*年間延べ参加者人数をご記入ください。 | 15,000 円 |
| ○             | Bコース<br>15円×☆( )人<br>*年間延べ参加者人数をご記入ください。     |          |

\*年間延べ参加者人数は、次のとおりとします。

①更新加入：報告いただいた前年1月～12月の延べ参加者人数  
(12ヶ月に満たない場合は、延べ参加者人数×12÷活動月数)

②新規加入：ふれあいサロン実施済みの場合は、前年(年間)の延べ参加者人数  
新たに始める場合は、今後1年間の見込み参加者人数

\*今年度のサロン活動実績は、毎月10日までに前月分の活動実績を別紙にて東京都社会福祉協議会までご報告ください。

## 〈ご加入に際して〉

私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

- ①私が東京都社会福祉協議会の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④パンフレットに記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

保険料払込日 2019年3月5日

東社協処理欄 月 日

# 「ふれあいサロン傷害保険」活動実績報告表

有限会社 東京福祉企画 御中  
 (FAX 03-3268-8832)

|     |                           |
|-----|---------------------------|
| 社協名 | 連絡先(ご担当者名 )               |
|     | TEL(      -      -      ) |

**「ふれあいサロン傷害保険」活動実績表(      年      月分)**

| 月 日                | サロンの名称・場所 | 参加人数 |
|--------------------|-----------|------|
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
|                    |           |      |
| 上記の通り活動実績を報告いたします。 |           | 合計人数 |