

【労災上乘せ保険】加入申込票（新規用）

2026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
	漢字		担当部署 :	担当者名 :		
★ 申 込 法 人 名)	フリガナ	印	保険始期	2026年 7月 1日午後4時		
	漢字		★中途加入 保険始期	年 月 1日午後4時～		
	記名・押印してください。		保険終期	2027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）	対象施設・事業所ごと 保険料欄	被保険者番号 （保険会社使用欄）
		フリガナ		フリガナ	円
	漢字		漢字		
	フリガナ		フリガナ	円	
	漢字		漢字		
	フリガナ		フリガナ	円	
	漢字		漢字		
	フリガナ		フリガナ	円	
	漢字		漢字		
	フリガナ		フリガナ	円	
	漢字		漢字		

加入プラン ★被用者1名あたり保険料 (X)	被用者数合計 (Y)	合計保険料 (X) × (Y)	振込先口座	
<input type="checkbox"/> Aプラン = 2,360円 <input type="checkbox"/> ACプラン = 3,440円 <input type="checkbox"/> Bプラン = 3,690円 <input type="checkbox"/> BCプラン = 4,770円			※5月29日が締切です。締切日までに振込ください。 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)トキョウトシヤカイフクキョウカイ ミカンフクシヤカイ 07サウワシヤカイ 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	
×		=	※必ずご記入ください	振込予定日
			円	月 日