

# 【労災上乘せ保険】更新加入申込票

2026年度版

・印字内容に変更・訂正がある場合は、二重線で抹消のうえ記載をお願いします。

## 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
			担当部署： 担当者名： e-mail： TEL： FAX：	
★申込法人名	フリガナ	記名・押印してください。  印	保険始期	2026年7月1日
	漢字		★中途加入 保険始期	年 月1日 午後4時～
			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）	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		
	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（□チェック欄） ★被用者1名あたり保険料 <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	×	被用者数合計 (Y)	=	合計保険料 円	振込先口座 ※振込人名の頭上記【被保険者番号】を付けてお振込みください。 （被保険者番号が複数ある場合は一番上にある番号） 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：フクトキョウトシヤカイフクシヨウカイ ミンカクシヨクイン ヲウイケンセケンガ 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
参考：昨年加入プラン⇒				※必ずご記入ください 振込予定日 月 日	

※5月29日が締切です。締切日までにお振込ください。