

(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 19,000千円
- 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。

令和 年 月 日

法人名

代表者名 _____ 代表印

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
	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	
	年 月 日 生	
	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	
	年 月 日 生	
	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	
	年 月 日 生	
	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	
	年 月 日 生	
	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	
	年 月 日 生	
	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	
	年 月 日 生	
	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	
	年 月 日 生	
	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 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	
B1	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	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	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	令和 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☑)	☐ 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
	☐ 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☑) ☐ 「被保険者代表者であることの確認書類」 ☐ 「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	総合生活保険（傷害補償）		
保険期間	令和7 年 7 月 1 日から 令和8 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	1,900	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
			円
保険金受取人	ご契約者と同じ		

通知日	令和	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、役員の皆さん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、役員の皆さんを被保険者、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。役員の皆さん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、役員の皆さん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、令和 7 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	令和 7 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)	19,000 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: 金沢
TEL: 03-3268-0910