社会福祉法人東京都社会福祉協議会　行

【情報漏えい賠償責任保険】加入申込票

２０２５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。

申込日	年　　月　　日		
申込人住所	〒 フリガナ	連絡先	TEL：　－　－ FAX：　－　－ 部署名： 担当者名：
★申込人名（法人名）	フリガナ 漢字　　記名・押印してください。 印	保険始期	2025 年　4 月　1 日 午後4時～
		★中途加入保険始期	年　　月　1 日 午後4時～
		保険終期	2026 年　4 月　1 日 午後4時迄

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．プラン・保険料

お申し込みのプランにマルをし、見積結果の保険料をご記入ください。

★プランを訂正する場合、訂正印が必要です。

セット名	支払限度額	ベーシックプラン		ワイドプラン	
A	賠償損害：5,000万円 費用損害：500万円	申し込む	保険料　円	申し込む	保険料　円
B	賠償損害：1億円 費用損害：1,000万円	申し込む	保険料　円	申し込む	保険料　円

３．振込先

振込先口座
銀行名　：みずほ銀行　　支店名　：飯田橋支店
預金種別　：普通　　口座番号：1491278
口座名義人名：ﾌｸ)ﾄｳｷｮｳﾄｼｬｶｲﾌｸｼｷｮｳｷﾞｶｲ　ｼｾﾂﾊﾞｲｾｷｸﾞﾁ 社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 施設賠責口

４．お振込予定

振込予定日、振込保険料をご記入ください。

振込予定日	振込保険料
月　日	円

注）申込手続締切の2/28までにお振込みください