

加入申込票ご記入例

【表面】

2025年版

大阪府社会福祉協議会

社会福祉施設・事業者 総合補償制度 加入申込票（兼契約内容変更依頼票）

振込No.

申込日

2024年11月25日

保険期間

2025年1月1日午後4時から2026年1月1日午後4時

中途加入補償開始日

年 月 日

施設所在地

大阪府大阪市中央区北浜4-3-1

施設長（法人代表者）印

社会福祉法人 大阪福祉会

施設コード

73000

事業種類

保育園

T E L

06-6233-1536

F A X

06-6233-15XX

担当者

住友太郎

E-mail

osakafukushi@xxx.or.jp

併設施設

あり

別紙明細書にご記入ください。

加入者証の送付先

加入者証の送付先（所在地と異なる場合）

1. 申込書（付属書類を含みます。）には事実を正確にご回答（記入）ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。2. この保険契約には、ご加入後に「継続した大企業（通知義務等）」があり、保険契約の重要な事項に関する説明書（別紙）に記載しています。また、補償内容等の詳細は普通保険約款・特別約款・特約において定めていますのでご確認ください。3. ※印の項目は大切な項目です。訂正時には申込日（加入者）の訂正印（または訂正署名）をお願いします。4. 制度⑤において、この保険契約では、事故発生の際に保険契約に関する事項等について、損害保険会社等の間で確認することがあります。5. 制度⑤において、保険契約に関する事項等について、一般社団法人 日本損害保険協会に登録された損害保険会社等の間で共有することがあるほか、事故発生の際に損害保険会社等の間で確認することがあります。

ご加入する制度に○印を印して、該当制度にご記入ください。補償内容はパンフレットをご覧ください。

補償制度名

基礎単位

加入タイプ・単位保険料

保険料算出の基礎

保 険 料

① 保育施設賠償責任

総定員数

—

★ × (80) 名

24,970 円

② エレベーター賠償責任

台数

—

★ × (1) 台

3,970 円

③ 保育施設事故見舞金

Ⅰ型 1,000円 × (1) 口 × (78) 名

Ⅱ型 500円 × () 口 × () 名

78,000 円

★【加入プラン】

Ⅰ型

Ⅱ型

★【申告内容】 保険契約締結時に、可能な最新の会計年度の被保険者数（年間平均在籍人数）として次のとおり申告いたします。

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

4月

4/1

80 名

7月

7/1

78 名

10月

10/1

79 名

1月

1/1

77 名

5月

5/1

80 名

8月

8/1

78 名

11月

11/1

79 名

2月

2/1

78 名

6月

6/1

78 名

9月

9/1

78 名

12月

12/1

77 名

3月

3/1

78 名

申告対象期間

2023年4月1日より2024年3月31日まで

合計在籍人数

940 名

年間平均在籍人数

78 名

④ 「民間保育園の子育て支援事業」参加者傷害

年間延べ参加人数

5円 × (2) 口 × (970) 名

9,700 円

★【申告内容】 保険契約締結時に、可能な最新の会計年度の被保険者数（年間延べ参加人数）として次のとおり申告いたします。

月

回数

参加人数

月

回数

参加人数

月

回数

参加人数

月

回数

参加人数

4月

4 回

88 名

7月

4 回

96 名

10月

4 回

86 名

1月

3 回

60 名

5月

4 回

88 名

8月

4 回

88 名

11月

4 回

90 名

2月

3 回

66 名

6月

4 回

80 名

9月

4 回

80 名

12月

3 回

60 名

3月

4 回

96 名

申告対象期間

2023年4月1日より2024年3月31日まで

年間延べ回数

45 回

年間延べ参加人数

970 名

⑤ 従業員の不誠実行為

被保険人数

Ⅰ型 Ⅱ型 Ⅲ型

★ × (25) 名

50,820 円

⑥ 施設職員労災上乗せ

別表Ⅰ

⑥のみ加入

2,360円

★ × () 名

円

⑦ 利用者賠償責任

別表Ⅰ

⑦のみ加入

1,220円

★ × () 名

円

⑧ ⑦セットの場合

別表Ⅰ・Ⅱ

⑧⑦セットの場合

2,750円

★ × (25) 名

68,750 円

⑨ 非常勤職員災害

別表Ⅲ

標準プラン

6,300円

★ × (5) 名

31,500 円

⑩ 理事長・施設長災害

別表Ⅳ

Ⅰ型 40,000円

Ⅱ型 45,000円

★ × () 名

90,000 円

⑪ 理事長・施設長災害

別表Ⅳ

Ⅰ型 40,000円

Ⅱ型 45,000円

★ × (2) 名

90,000 円

保険料振込（予定）日

2024年11月25日

合計保険料

357,710 円

見舞金等

役職員災害補償

3枚目は加入者控となりますので、切り取って保管ください。

1枚目裏面も忘れずにご確認ください

HASG68-2309

既にご加入のかたで
印字内容を変更する場合は、
二重線で抹消のうえ記入してください。

メールアドレスをご記入ください。

併設施設がある場合は別紙明細書
にご記入ください。

加入者証の送付先が申込施設所在地
と異なる場合はご記入ください。

年間平均在籍人数とは、直近年度の
平均在籍人数です。毎月1日時点に
おける在籍人数の平均人数（小数点
第一位四捨五入）をご記入ください。

⑤ 従業員の不誠実行為
損害補償にご加入
の場合はもれなくご
記入ください。

【裏面】

⑤ 従業員の不誠実行為損害補償にご加入の方

（ご注意）※印の項目は、大切な項目です。訂正する場合は申込日（加入者）または被保険者の訂正印（または訂正署名）をお願いします。

身元信用保険 被保険者告知書

告知書には事実を正確にご記入ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、告知内容が事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。十分にこの告知のうえにご記入ください。また、ご記入内容によってはお引受けをお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

この保険契約の普通保険約款およびセットされる特約の規定に基づき、以下のとおり告知します。

業種

保育園

従業員（申込日時点）

全社員数

25 名

平均勤続年数

5年以下 10年以下 10年超

金銭等の出納事務について

権限のある部署・役職

・ 理事長
・ 園長
・ 総務部長
・ 経理課長

金額の範囲

・ 1,000,000 円まで
・ 500,000 円まで
・ 300,000 円まで
・ 100,000 円まで

被保険人

被保険人の範囲

全従業員

合計人数

25 名

金銭・商品・有価証券の取扱

被保険人の1人、1日当りの最大取扱金額

100,000 円

被保険人の手元に滞留する期間

1日 5日以内 5日超

社内検査

（検査要員、検査頻度、検査方法、日常の入出金についてのチェック方法等をご記入下さい）

年に一度、園長が抜き打ち検査を実施。毎朝、経理課長が管理簿記載の金額・確認者と金庫の現金を照合。等

従業員に身元保証人*を立てることを求めていますか

※身元保証に関する法律に基づき、従業員が事業者に対して債務を負った場合に、その債務を保証する第三者のことを指します。

□はい

■いいえ

過去5年間の役員または従業員の不誠実行為（窃盗・強盗・横領・詐欺・背任行為）

□あり（ありの場合は、ご加入いただけません。）

■なし

過去の保険契約

1. 過去において身元信用保険の引受を拒絶されたことが

□あり

■なし

2. 過去3ヶ月間に身元信用保険金を受領したことが

□あり

■なし

3. 身元信用保険の前年度契約が

□あり

■なし

（ありの場合は、以下にご記入下さい）

保険会社

保険契約に関する個人情報について、引受保険会社がこの保険引受の審査および履行等のために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、保護区債等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含む）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先（保険代理店を含む）、保険仲立人、債権回収、保険金の請求・支払いに関する関係先、一般社団法人 日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等（いずれも海外にあるものを含む）に提供することがあります。詳細については、三井住友海上ホームページ（<https://www.mitsui-ms.com>）をご覧ください。

同一建物内に複数施設がありエレベーターを共通して利用する場合は、いずれか1施設でご加入ください。

加入プランに○印をつけてください。

職員数は必ず直近の年度分の「労働保険概算・確定保険料申告書」に記載の人数としてください。

他の保険契約等に該当がある場合はご記入ください。