

# ボランティア保険 ご加入について

- 加入者によって加入プランが異なる場合も、加入申込票は1部で申込可能です。  
(加入者名簿で個々の加入プランをご明記ください。)
- 初回申込時または登録内容に変更のある場合は、「福祉の保険」加入登録票もご提出ください。
- ボランティア保険はボランティア個人が被保険者となりますので、ボランティア活動中であれば保険加入時に所属されているボランティア団体に制約されることなく補償の対象者となります。重複加入されないようご注意ください。

「ボランティア保険」は以下の手順でお申し込みください。

## 1. 申込書類を記入する

ボランティア保険ご加入に必要な書類は以下のとおりです。

加入者名簿 ※必ずご提出ください

被保険者(補償の対象者)名簿

※団体名(登録番号)・被保険者(補償の対象者)氏名・住所・連絡先TELが記載されているものであれば、名簿として受付けます。

ボランティア保険加入登録票

初回申込時または登録内容に変更のあった時のみ

ボランティア保険加入申込票 記入例

ボランティア保険加入申込票 申込日 20XX年3月25日

【ご注意】 加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社が必ずおこなう重要な事項(告知事項)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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input checked="" type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回)	<input type="checkbox"/> 加入登録票を ご提出ください。	<input type="checkbox"/> 年度内の追加申込	登録番号	0000
団体名および 代表者名 (記名被保険者)	〇〇ボランティアグループ 代表 安心 太郎				
振込日	20XX年3月25日	保険期間	20XX年4月1日 ~ 20XX年3月31日		
申込手続をされた方 のお名前	保険 花子	申込手続をされた方 の連絡先	000-000-0000		

プラン	保険料	人数	合計保険料
基本 コース	S 250円/1名	15人	3,750円
	A 300円/1名	10人	3,000円
	B 500円/1名	人	円
天災 コース	S 450円/1名	人	円
	A 600円/1名	人	円
	B 1,100円/1名	人	円
		合計人数	25人
			6,750円

加入人数と  
合計保険料を  
ご記入ください。

4月1日以降のお申込  
につきましては、  
保険料をお振込  
いただいた翌日から  
保険開始となります。

登録済み団体は、  
必ず登録番号を  
ご記入ください。

※更新や追加の場合、登録番号は変更ありません。  
※加入団体が同一の場合、登録番号はボランティア保険と福祉行事保険で共通の番号となっております。

## 2. 保険料を振込み、加入申込票に貼付する

払込保険料をご確認の上、  
郵便局または銀行にてお振込ください。  
加入申込票に保険料お支払い控えを必ず貼付してください。

※ATMからのお振込も可能です。  
※年度途中でボランティア保険にご加入の場合、保険開始日は保険料振込日の翌日からとなります。

02 大阪	払込取扱票	通常払込料金 加入者負担
金額	¥67,500	
種別	〇〇ボランティア	
振込先	〇〇〇〇	
振込日	20XX年3月25日	
振込金額	基本S 15人 × 250円 = 3,750円 基本A 10人 × 300円 = 3,000円 天災S 人 × 450円 = 円 天災A 人 × 600円 = 円 天災B 人 × 1,100円 = 円	
振込手数料	0円	
合計	6,750円	

振込金額を  
ご確認の上、  
ご記入ください。

ご加入のプランに  
加入人数を  
ご記入ください。

団体名・住所  
お名前・TELを  
ご記入ください。

## 3. 申込書類(原本)を提出する

- 申込書類をお近くの京都市内各区・京都府内各市町村社会福祉協議会窓口へ提出してください。また、お客様控え(白色)はボランティア保険加入証明書となりますので、保険期間が終了するまで大切に保管してください。
- ※事故等があった場合に保険金支払手続がスムーズに行えるよう、申込書類は迅速かつ確実にご提出ください。

### 追加のお申し込みの場合

申込書類は京都府内の各市町村社会福祉協議会  
ボランティアセンター窓口にてご入手ください。  
『福祉の保険 スマイル』ホームページからも印刷できます。  
<https://www.srm-net.co.jp/smile.php>  
申込書類は㈱エスアールエムホームページより  
作成することができます。申込書類作成はこちら。  
<https://srm.moushikomi.jp/>

取扱代理店: ㈱エスアールエムにて申込内容・振込金額を確認の上、加入登録を行います。  
追加加入、または事故報告書を提出される場合は、登録番号と団体名を正確にご記入ください。  
登録番号が不明の場合は、団体名のみをご記入いただいても結構です。

万が一、事故が発生した場合は、パンフレット(P9)に記載の「事故が起こった場合の手続」をご覧ください、  
事故発生時から30日以内に裏面の当社指定「事故報告書(兼)証明書」を作成の上、原本を㈱エスアールエムまでご送付ください。  
(「事故報告書(兼)証明書」はパンフレット(P11)、または『福祉の保険』ホームページから印刷することができます。)

<https://www.srm-net.co.jp/smile.php>

※事故時には事故の証明をしてくださる第三者が必要です。※保険加入時の団体とは別のボランティア活動中に起きた事故の場合は、保険加入の団体をご申告ください。

加入申込票作成はこちら <https://srm.moushikomi.jp/>

# 【ボランティア保険】事故報告書(兼)証明書

連事  
絡故  
先時

取扱代理店(株)エスアールエム  
TEL:075-255-0883  
FAX:075-255-0882

三井住友海上火災保険株式会社 御中

事故日時	20 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後		時	分頃		
事故発生場所	住所					
警察への届出	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( 警察署)					
事故状況	(できるだけ詳しくご記入ください)					
-----						
-----						
-----						
被保険者 ■傷害事故の受傷者 ■賠償事故の加害者	氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日( 才)
	住所	〒 -	電話	( )		

※該当する保険金のどちらかにご記入ください

傷害保険金	負傷部位及び形態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> キリキズ <input type="checkbox"/> スリキズ <input type="checkbox"/> 断裂 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(単純) <input type="checkbox"/> 骨折(複雑) <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	治療費	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	治療見込日数	<input type="checkbox"/> 通院 日 / <input type="checkbox"/> 入院 日			
	受診医療機関	名称	住所	電話	( )		
賠償保険金	被害者	氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日( 才)
		住所	〒 -	電話	( )		
	対人	負傷部位及び形態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> キリキズ <input type="checkbox"/> スリキズ <input type="checkbox"/> 断裂 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(単純) <input type="checkbox"/> 骨折(複雑) <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		治療費	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	治療見込日数	<input type="checkbox"/> 通院 日 / <input type="checkbox"/> 入院 日		
		受診医療機関	名称	住所	電話	( )	
対物	被害物	被害程度	被害物の購入年月	20 年 月			
	修理業者	名称	住所	電話	( )		

事故証明者	20 年 月 日 上記事故は事実には相違ありません。	
被保険者	団体名	氏名 (印)
本人以外	住所 〒 -	電話 ( )

被保険者の保険加入状況	登録番号	加入団体名
今回の事故でその他の保険金請求がある場合ご記入ください	<input type="checkbox"/> 福祉行事保険(団体名) <input type="checkbox"/> その他 ( )	

# ボランティア保険加入申込票のご記入方法の変更について

加入申込票の「団体名および代表者」欄および「押印」欄の様式の変更に伴い、法人でご加入時の記入方法をご案内します。(法人以外の団体やグループ、個人の場合は、裏面をご参照ください)

## 法人[社会福祉法人、株式会社、有限会社、NPO法人、地方公共団体等]の場合

①「団体名および代表者名」欄⇒法人名、役職名、代表者名をご記入ください。(ゴム印可)

※法人内の施設や事業所、部署等の単位でご加入の場合は、施設、事業所、部署等の代表者で加入できます。

例：「社会福祉法人□□□ ○○施設長 □□ △△」「京都市□□部 ○○課長 □□ △△」

「株式会社○○ ボランティアの会 会長 □□ △△」

②「押印」欄⇒下表 A.~F. の印鑑の押印もしくはご署名をお願いします。

A.法人の代表者印 (法人名+役職名の入ったもの)	B.社印(角印) (法人名のみもの)	C.代表者の個人印 (認印)
D.申込手続きをされた方の 個人印(認印)	E.代表者のご署名 (ご印鑑をお持ちでない場合)	F.申込手続きをされた方のご署名 (ご印鑑をお持ちでない場合)
	フルネームでご署名 三住 太郎	フルネームでご署名 森 次郎

【ご記入例:その1】 押印の場合 (ご印鑑をお持ちでない場合は、ご記入例:その2へ)

<b>ボランティア保険加入申込票</b> (ボランティア活動保険)	申込日 20 年 月 日
--------------------------------------	--------------

【ご注意】 加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。	<input type="checkbox"/> 年度内の追加申込	登録番号
団体名および代表者名 (記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)		保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。(詳細はパンフレットをご参照ください。)
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続きをされた方のお名前	森 次郎	申込手続きをされた方の連絡先	

\*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。 \*ご記入いただいた連絡先に「福祉の保険」に関する

法人名、役職名、代表者名をご記入ください。〔ゴム印可〕

上表のA.~D.いずれかの印鑑を押印ください。(2,3枚目にも押印ください。)

【ご記入例:その2】 ご署名の場合(ご印鑑をお持ちでない場合)

<b>ボランティア保険加入申込票</b> (ボランティア活動保険)	申込日 20 年 月 日
--------------------------------------	--------------

【ご注意】 加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。	<input type="checkbox"/> 年度内の追加申込	登録番号
団体名および代表者名 (記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)		保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。(詳細はパンフレットをご参照ください。)
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続きをされた方のお名前	森 次郎	申込手続きをされた方の連絡先	

\*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。 \*ご記入いただいた連絡先に「福祉の保険」に関するご案内情報提供などさせていただきます場合があります。

法人名、役職名、代表者名をご記入ください。〔ゴム印可〕

上表のE.F.いずれかの方が、フルネームでご署名ください。

# ボランティア保険加入申込票のご記入方法の変更について

加入申込票の「団体名および代表者」欄および「押印」欄の様式の変更に伴い、法人以外の団体やグループ、個人でご加入時の記入方法をご案内します。(法人の場合は、裏面をご参照ください)

## 法人以外の団体やグループ、個人の場合

- ①「団体名および代表者名」欄⇒団体名のご記入と代表者名をフルネームでご署名ください。
- ②「押印」欄⇒「団体名および代表者名」欄が代表者の自署の時は、押印欄は不要です。団体名および代表者名が記名(ゴム印等)の場合には、押印欄に代表者のフルネームでご署名をお願いします。

### 【ご記入例:その1】「団体名および代表者名」欄が自署の場合

<b>ボランティア保険加入申込票</b> (ボランティア活動保険)	申込日	20 年 月 日
--------------------------------------	-----	----------

【ご注意】 加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。 <input type="checkbox"/> 年度内の追加申込		登録番号
団体名および代表者名(記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。) 京都ボランティアサークル 三住 花子		印 <small>保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取ることも、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。(詳細はパンフレットをご参照ください。)</small>
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続きをされた方のお名前	森 次郎	申込手続きをされた方の連絡先	

\*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。 \*ご記入いただいた連絡先に「福祉の保険」に関するご案内情報提供などをさせていただく場合があります。

団体名および代表者名を自署してください。

代表者名が自書の場合、押印欄は不要です。

### 【ご記入例:その2】「団体名および代表者名」欄が記名(ゴム印等)の場合

<b>ボランティア保険加入申込票</b> (ボランティア活動保険)	申込日	20 年 月 日
--------------------------------------	-----	----------

【ご注意】 加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。 <input type="checkbox"/> 年度内の追加申込		登録番号
団体名および代表者名(記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。) 京都ボランティアサークル 三住 花子		三住 花子 <small>保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取ることも、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。(詳細はパンフレットをご参照ください。)</small>
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続きをされた方のお名前	森 次郎	申込手続きをされた方の連絡先	

\*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。 \*ご記入いただいた連絡先に「福祉の

団体名および代表者名は、ゴム印等を使用していただくことも可能です。

この場合は、代表者名をフルネームでご署名してください。(代表者認印の押印でも可)

ご記入方法のご不明な方は、下記までお問い合わせください。

ボランティア保険・福祉行事保険・まごころワイド 取扱代理店

**株式会社エスアールエム 福祉の保険係**

〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町227 第12長谷ビル6F-A

**TEL:075-255-0883 FAX:075-255-0882**


# ボランティア保険加入申込票

(ボランティア活動保険)

申込日

20 年 月 日

【ご注意】 加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。		<input type="checkbox"/> 年度内の追加申込		登録番号	
団体名および代表者名(記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)					 保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。(詳細はパンフレットをご参照ください。)
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日	～ 20 年 3月 31日	*振込日翌日以降の日付をご記入ください。	
申込手続きをされた方のお名前			申込手続きをされた方の連絡先			

\*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙・「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。 \*ご記入いただいた連絡先に「福祉の保険」に関するご案内情報提供などさせていただく場合があります。

プラン	保険料	人数	合計保険料
基本コース	S 250円/1名	× ※ 人	円
	A 300円/1名	× ※ 人	円
	B 500円/1名	× ※ 人	円
天災コース	S 450円/1名	× ※ 人	円
	A 600円/1名	× ※ 人	円
	B 1,100円/1名	× ※ 人	円
		合計人数	人 円

●この加入申込票は、保険料のお振込手続後、2枚目(青色)に保険料のお支払い控え(コピー可)を貼付のうえ、加入者名簿とともにすみやかにご提出ください。

●3枚目(白色)はお客様控えになっています。ボランティア保険ご加入の証明ともなりますので、保険料お支払い控えとともに大切に保管してください。

【※他の保険契約】 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(「あり」のときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

会社名	保険種類
保険金額・支払限度額	過去3年間における事故 あり → 「あり」の場合 回

取扱代理店 株式会社エスアールエム 〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町227 第12長谷ビル6F-A TEL:075-255-0883/FAX:075-255-0882	引受保険会社 三井住友海上火災保険株式会社
社会福祉法人 京都府社会福祉協議会 〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375 ハートピア京都 TEL:075-252-6295/FAX:075-252-6310	社会福祉法人 京都市社会福祉協議会 〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅津町83-1「ひと・まち交流館京都」3階 TEL:075-354-8735/FAX:075-354-8738

受付日	20 年 月 日	カード配布	<input type="checkbox"/> 済	受付社協	(担当者 社会福祉協議会)
-----	----------	-------	----------------------------	------	---------------

①受付社協控え

# ボランティア保険加入申込票

(ボランティア活動保険)

申込日

20 年 月 日

【ご注意】 加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。	<input type="checkbox"/> 年度内の追加申込	登録番号	
団体名および代表者名(記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)			印 保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。(詳細はパンフレットをご参照ください。)
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日	
申込手続きをされた方のお名前		申込手続きをされた方の連絡先		

\*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。 \*ご記入いただいた連絡先に「福祉の保険」に関するご案内情報提供などさせていただく場合があります。

プラン	保険料	人数	合計保険料
基本コース	S 250円/1名	× ※ 人	円
	A 300円/1名	× ※ 人	円
	B 500円/1名	× ※ 人	円
天災コース	S 450円/1名	× ※ 人	円
	A 600円/1名	× ※ 人	円
	B 1,100円/1名	× ※ 人	円
		合計人数 人	円

ここに  
保険料お支払いの控えを  
必ず貼付してください。  
(コピー可)

(注意)  
貼付のないものに関しては  
加入申込票として  
認められませんので  
必ず貼付してください。

【※他の保険契約】 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(「あり」のときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

会社名	保険種類
保険金額・支払限度額	過去3年間における事故 あり → 「あり」の場合 回

3枚目(白色)はお客様控えになっています。お客様のお手元に保管ください。

取扱代理店 株式会社エスアールエム 〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町227 第12長谷ビル6F-A TEL:075-255-0883/FAX:075-255-0882	引受保険会社 三井住友海上火災保険株式会社
社会福祉法人 京都府社会福祉協議会 〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375 ハートピア京都 TEL:075-252-6295/FAX:075-252-6310	社会福祉法人 京都市社会福祉協議会 〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上の梅津町83-1「ひとまち交流館京都」3階 TEL:075-354-8735/FAX:075-354-8738

受付日	20 年 月 日	カード配布	<input type="checkbox"/> 済	受付社協	社会福祉協議会 (担当者)
-----	----------	-------	----------------------------	------	------------------

②(株)エスアールエム控え

# ボランティア保険加入申込票

(ボランティア活動保険)

申込日

20 年 月 日

【ご注意】 加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。	<input type="checkbox"/> 年度内の追加申込	登録番号	
団体名および代表者名(記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)			印 保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報取扱に同意のうえ加入を申し込みます。(詳細はパンフレットをご参照ください。)
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日	
申込手続をされた方のお名前		申込手続をされた方の連絡先		

\*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。

\*ご記入いただいた連絡先に「福祉の保険」に関するご案内情報提供などさせていただきます場合があります。

プラン	保険料	人数	合計保険料
基本コース	S 250円/1名	× ※ 人	円
	A 300円/1名	× ※ 人	円
	B 500円/1名	× ※ 人	円
天災コース	S 450円/1名	× ※ 人	円
	A 600円/1名	× ※ 人	円
	B 1,100円/1名	× ※ 人	円
		合計人数	人 円

本票はお客様控えです。  
ボランティア保険ご加入の証明ともなりますので、  
保険料お支払いの控えとともに  
大切に保管してください。

【※他の保険契約】 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(「あり」のときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

会社名	保険種類
保険金額・支払限度額	過去3年間における事故 あり → 「あり」の場合 回

取扱代理店 株式会社エスアールエム 〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町227 第12長谷ビル6F-A TEL:075-255-0883/FAX:075-255-0882	引受保険会社 三井住友海上火災保険株式会社
社会福祉法人 京都府社会福祉協議会 〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375 ハートピア京都 TEL:075-252-6295/FAX:075-252-6310	社会福祉法人 京都市社会福祉協議会 〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上の梅津町83-1「ひとまち交流館京都」3階 TEL:075-354-8735/FAX:075-354-8738

受付日	20 年 月 日	カード配布	<input type="checkbox"/> 済	受付社協	(担当者 社会福祉協議会)
-----	----------	-------	----------------------------	------	---------------

③お客様控え