

# 福祉行事保険ご加入について

- 特約期間内の行事であれば、1申込票で複数行事の申込が可能です。
  - 団体未登録の場合(登録番号をお持ちでない加入申込者)は、福祉行事保険加入登録票もご提出ください。
  - 福祉行事保険は行事主催団体が加入申込人となり、行事参加者が被保険者となる保険です。  
個人でのお申し込みはできませんのでご注意ください。
- ※賠償責任補償における被保険者は主催団体です。

「福祉行事保険」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

福祉行事保険ご加入に必要な書類は以下のとおりです。

### 福祉行事保険加入登録票

初回申込時または登録内容に変更のあった時のみ

※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。

### 【Bプラン(宿泊)にご加入時】 加入者名簿(必ずご提出ください)

※団体名(登録番号)・被保険者(補償の対象者)氏名・住所・連絡TELが記載されているものを名簿としてご提出ください。

※Aプラン(日帰り)にご加入の場合は、団体が備え付け名簿を作成してください。ただし、申込時の提出は不要です。

### 福祉行事保険加入申込票 記入例

福祉行事保険加入申込票		申込日	20XX年X月X日
登録区分	<input checked="" type="checkbox"/> 団体登録済 <input type="checkbox"/> 初回申込	登録番号	0000
団体名 および 代表者名	〇〇ボランティアグループ		
住所	〒XXXX-XXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
申込手続を された方	名前	E-mail	XXXXXXXXXXXX
	TEL	FAX	000-000-000
プラン	開催日	行事内容・場所	加入人数 保険料/1人 合計保険料
A-1	5/10	バス遠足・植物園	50 × 30 1,500円
B-1	8/1~8/2	キャンプ・琵琶湖	15 × 238 3,570円
A-1	11/20	バザー・施設内	100 × 30 3,000円
			合計保険料 8,070円

加入プラン・開催日・行事内容・加入人数と合計保険料をご記入ください。

Bプランは必ず加入者名簿のご提出が必要です。

## 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のお支払い控えを必ず貼付してください。

※行事開催日の前日(郵便局の休業日にあたる場合はその前日)までに必ずお振込ください。ATMからの振込も可能です。

### 払込取扱票 記入例

02 大阪	払込取扱票	通常払込料金 加入者負担
日 期	記 号	金 額
		¥80,700
振込先	振込金額	振込手数料
〇〇ボランティアグループ (印字時 XXX-XXXX) XXXXXXXXXXXX	150	
振込先	振込金額	振込手数料
天災 A 入	15	
天災 B 入		
天災 A 入		
天災 B 入		
目 的	福祉の保険	

振込金額をご確認のうえ、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・ご住所・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)は福祉行事保険加入証明書となりますので、大切に保管してください。

● 各社会福祉協議会にて受け付けた申込書類は、取扱代理店：(株)エスアールエムへ郵送され、その後申込内容、振込金額を確認の上、加入登録を行います。  
※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区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(株)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/>

### ◆ 行事開催日が悪天候またはそれに準じる不可抗力による理由等で行事を延期・中止される場合

「福祉行事保険加入申込票お客様控え」と「行事延期・中止報告書」を至急取扱代理店である(株)エスアールエムまでFAXしてください。

### ◆ 悪天候またはそれに準じる不可抗力による理由以外で行事を延期・中止される場合

延期・中止のご報告は、行事開催日前日までの受付に限りです。

「行事延期・中止報告書」は、「福祉行事保険加入申込票お客様控え」裏面または「福祉の保険 スマイル」ホームページから印刷したものをご使用ください。

### ◆ 事故が発生した場合

万が一、事故が発生した場合は、主催者の方が当社指定の「福祉行事保険事故報告書(兼)証明書」を作成の上、事故発生日から30日以内に原本を(株)エスアールエムまでご郵送ください。

「福祉行事保険事故報告書(兼)証明書」は裏面です。

取扱代理店：  
株式会社 エスアールエム

「福祉の保険」専用ダイヤル：075-255-0883 (平日9:00~18:00)

FAX：075-255-0882 「福祉の保険 スマイル」ホームページ：<https://www.srm-net.co.jp/smile/>  
〒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

# 【福祉行事保険】 事故報告書(兼) 証明書

三井住友海上火災保険株式会社 御中

連絡故  
先時

取扱代理店(株)エスアールエム

TEL:075-255-0883

FAX:075-255-0882

事故日時 20 年 月 日 ( 曜日 ) 午前 / 午後 時 分頃

事故発生場所 住所

警察への届出 無し 有り ( 警察署 )

事故状況 (できるだけ詳しくご記入ください)

-----

-----

-----

-----

<input type="checkbox"/> 傷害事故 の受傷者  <input type="checkbox"/> 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

<b>傷害保険金</b>	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	電話	( )		
	住所	〒 -	電話	( )		

<b>賠償保険金</b>	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	( )		
<b>対人</b>	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	電話	( )			
	住所	〒 -	電話	( )			
<b>対物</b>	被害物	被害程度	被害物の 購入年月	20 年 月			
	修理 業者	名称	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。

行事主催者 団体名 氏名 (印)

※本人以外 住所 〒 - 電話 ( )

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  ボランティア保険 ( 団体名 )  まごころワイド ( 事業所名 )





# 福祉行事保険加入申込票

申込日 20 年 月 日

(ご注意) 加入申込票(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ので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

登録区分	<input type="checkbox"/> 団体登録済 <input type="checkbox"/> 初回申込	登録番号			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。)
団体名および代表者名	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。)				
住所	〒 _____				どなたかの自宅の場合
※1					様方
申込手続をされた方	名前	E-mail			
	TEL	FAX			

プラン	開催日	行事内容・場所	加入人数	保険料/1人	合計保険料
			人	×	円
			人	×	円
			人	×	円
			人	×	円
合計保険料					円

※1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。

本票はお客様控えです。  
 福祉行事保険ご加入の証明となりますので、  
 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。

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。

【※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年間に於ける事故 <input checked="" type="checkbox"/> あり → 「あり」の場合 <input type="checkbox"/> なし

申込書を複数枚利用される場合 振込は合算でお願いします

## ■保険料

内容	プラン	保険料/1人
Aプラン (日帰り行事)	A-1行事	30円
	A-2行事	137円
	A-3行事	269円
Bプラン (宿泊行事)	B-1(1泊2日まで)	238円
	B-2(2泊3日まで)	291円
	B-3(3泊4日まで)	299円

## ■補償内容

傷害補償	死亡・後遺障害保険金額	467.7万円
	入院保険金日額	3,000円/1日
	通院保険金日額	2,000円/1日
賠償責任補償	手術保険金	① 入院中に受けた手術の場合…[入院保険金日額]×10 ② ①以外の手術の場合…[入院保険金日額]×5
	施設所有(管理)者・生産物賠償責任補償	対人 1億/1名、2億/1事故 対物 1,000万円/1事故・保険期間中
	受託物賠償責任補償	1,000万円/1事故・保険期間中

※免責金額はありません(ただし、受託物賠償責任補償は免責5,000円)

取扱代理店 株式会社エスアールエム	引受保険会社
〒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	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	社会福祉法人 京都市社会福祉協議会
〒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	〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上梅津町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	受付社協	(担当者)	社会福祉協議会
-----	----------	------	-------	---------

③お客様控え



FAX:075-255-0882

取扱代理店：(株)エスアールエム「福祉の保険」係  
「福祉行事保険加入申込票 お客様控え」(コピー)も一緒にFAXしてください。

# 行事延期・中止報告書

報告日: 20 年 月 日

「福祉行事保険」をお申し込みいただいていた行事が中止・延期になった際は、至急本報告書をFAXしてください。

◆行事開催日が悪天候またはそれに準じる不可抗力による理由等で行事を延期・中止される場合

行事開催日当日(当日のFAX送付が困難な場合は、その翌日)のFAXでも受け付けいたします。

◆悪天候またはそれに準じる不可抗力による理由以外で行事を延期・中止される場合

延期・中止のご報告は、行事開催日前日までの受付に限ります。

延期または中止になった行事についてご記入ください。

加入団体名		
加入申込日(振込日)	① 20 年 月 日	
お申し込みされた行事開催日	① 20 年 月 日	② 20 年 月 日
行事の内容・場所	①	②
保険料	①	②

## 延期の場合、ご記入ください

延期理由	①	②
延期日	① 20 年 月 日	② 20 年 月 日

## 中止の場合、ご記入ください(返金方法についてもご記入ください)

中止理由	①	②
<b>振込にて返金希望の場合</b> 振込手数料はお客様にご負担していただいております。		
保険料 返金口座  返金時の振込手数料は ご負担いただきます。 (振込手数料を差し引いた 額を返金いたします。)	金融機関名	本支店名
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	フリガナ(ヨミ)
	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 当座	店番(ゆうちょ銀行のみ)
	口座名義 (カタカナで ご記入下さい)	口座番号
<b>切手での返金希望の場合</b> 返金までには、約1ヵ月を要します。予めご了承願います。 返金の際の郵送料金のご負担は不要です。		
お届け先 住所	ご住所	様
	お名前	
切手の内訳のご希望があればご記入ください		

上記の中止・延期の報告について、事実と相違ないことを証明いたします。(必ず押印ください)

主催団体名

代表者名

印

担当者連絡先: