

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(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。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする時に重要な事項(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、十分にご確認の上ご回答(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) *加入登録票を提出してください。	<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 ~ 20△△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. 保険料を振り込み、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からのお振り込みも可能です。
※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
口座番号	金額	種別	備考	
	¥67,500			
振込先	〇〇ボランティア	振込額	15	福祉行事
依頼人・通信簿	〇〇〇〇	基本B	10	A-2
		基本A		A-3
		天災S		B-1
		天災A		B-2
		天災B		B-

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。

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/>

代理店・扱者：(株)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(P15)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(株)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(P16)、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。

※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。

<https://srm.moushikomi.jp/>



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

ボランティア保険加入申込票 <small>(ボランティア活動保険)</small>	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	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	*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

ボランティア保険加入申込票 <small>(ボランティア活動保険)</small>	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	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	*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は、ゴム印等を使用していただけるとも可能です。

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+役職名のついたもの)	B.社印(角印) (法人名のみのもの)	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)

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(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。) 三住商事株式会社 代表取締役 三住 太郎		
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)

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(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。) 三住商事株式会社 代表取締役 三住 太郎		
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】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	電話	()	
		住所	〒 -		
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	電話	()	
		住所	〒 -		
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	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

(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(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。		
申込手をされた方のお名前			申込手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、保険料のお振り込
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

代理店・扱者 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:075-252-6294/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)
-----	----------	-------	----------------------------	------	------------------

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(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	*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

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 <input checked="" type="checkbox"/> あり → 「あり」の場合 <input type="checkbox"/> 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。

代理店・扱者 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:075-252-6294/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)
-----	----------	-------	----------------------------	------	------	----------

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(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	*振込日翌日以降の日付をご記入ください。		
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 <input checked="" type="checkbox"/> あり → 「あり」の場合 <input type="checkbox"/> 回

代理店・扱者 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:075-252-6294/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
-----	----------	-------	----------------------------	------	-------	---------

③お客様控え

加入者名簿

※ボランティア保険、福祉行事保険Bプランの
申込時には必ず加入者名簿が必要です。
ご提出がない場合は、補償できないことが
ありますので、必ずご提出ください。

保 険 種 目	<input type="checkbox"/> ボランティア保険 <input type="checkbox"/> 福祉行事保険
加入プラン	※ボランティア保険のみ <input checked="" type="checkbox"/> チェック下さい <input type="checkbox"/> 基本S <input type="checkbox"/> 基本A <input type="checkbox"/> 基本B <input type="checkbox"/> 天災S <input type="checkbox"/> 天災A <input type="checkbox"/> 天災B
登 録 番 号	
団 体 名	

※申込された方の入れかえはできません。※氏名、住所、電話番号が記載されているものであれば、専用紙以外でも受け付けできます。

No.	氏 名	住 所	電話番号 <small>(電話番号がご記入いた だけない場合は生年月日)</small>	備 考

『福祉の保険』加入登録票について

初回申込時またはご登録いただいている内容に変更が生じた場合には、『福祉の保険』加入登録票のご提出をお願いいたします。

- ◎ 加入者の皆様に、より安心して福祉(ボランティア)活動を行っていただけるよう、『福祉の保険』(ボランティア保険・福祉行事保険)の加入者(団体)の活動状況・加入状況をシステム管理しております。
- ◎ 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。加入年度が変わっても登録番号は変更ありません。

『福祉の保険』加入登録票記入例

『福祉の保険』加入登録票記入例 / 加入者が団体(グループ)の場合

◎ボランティア保険、福祉行事保険の初回申込時またはご登録いただいている内容に変更が生じた場合には必ずご提出ください。

『福祉の保険』加入登録票		申込日	20XX年 3月 15日
年度	登録区分		登録番号
20XX年度	<input checked="" type="checkbox"/> 初回申込 <small>全項目をご記入ください。</small>	<input type="checkbox"/> 純新規 <input checked="" type="checkbox"/> 年度初回	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更 <small>変更箇所のみご記入ください。</small>
加入者 加入者名	フリガナ	NPOホウジン ボランティアグループ フクシ	
	正式名称	NPO法人 ボランティアグループ 福祉	
	法人格	法人格にあてはまる記号を○で囲んでください。 (A)NPO法人 (B)社会福祉法人 (C)社団法人 (D)財団法人 (E)その他の法人 (F)なし	
	代表者	役職 代表	氏名 安心 太郎
	事務担当者	役職 会計	氏名 保険 花子
	住所	下記の住所は <input type="checkbox"/> 代表者 <input checked="" type="checkbox"/> 事務担当者の住所です(どちらかに○してください) 〒123-4567 京都市〇〇区〇〇町〇〇番地 〇〇マンション〇〇号室 <small>どなたかの自宅の場合</small> 保険 花子 様方	
	TEL	123-456-7890	FAX 987-654-3210
E-mail	fukushi@△△△.com <small>このアドレスの使用者のお名前(保 険 花 子)</small>		
通信先	通信先名		
	通信先住所	〒	
	通信先TEL		通信先FAX

*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きます。ご了承ください。

*上記以外を郵送先・連絡先に指定される場合のみご記入ください。

通信先欄未記入の場合、(株)エスアールエムからの送付物の宛名は

〒123-4567
京都市〇〇区〇〇町〇〇番地
〇〇マンション〇〇号室
保険 花子様方
NPO法人ボランティアグループ 福祉
代表 安心 太郎 様

となります。

登録住所が事務担当者等の自宅の場合、こちらに補記をお願いします。

登録住所以外を通信先に指定される場合は、こちらにご記入をお願いします。

『福祉の保険』加入登録票記入例 / 加入者が個人の場合

◎ボランティア保険、福祉行事保険の初回申込時またはご登録いただいている内容に変更が生じた場合には必ずご提出ください。

『福祉の保険』加入登録票		申込日	20XX年 3月 15日
年度	登録区分		登録番号
20XX年度	<input checked="" type="checkbox"/> 初回申込 <small>全項目をご記入ください。</small>	<input type="checkbox"/> 純新規 <input checked="" type="checkbox"/> 年度初回	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更 <small>変更箇所のみご記入ください。</small>
加入者 加入者名	フリガナ	アノシン ノブオ	
	正式名称	安心 信男	
	法人格	法人格にあてはまる記号を○で囲んでください。 (A)NPO法人 (B)社会福祉法人 (C)社団法人 (D)財団法人 (E)その他の法人 (F)なし	
	代表者	役職	氏名
	事務担当者	役職	氏名
	住所	下記の住所は <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 事務担当者の住所です(どちらかに○してください) 〒123-4567 京都市××区××町××番地 ××マンション××号室 <small>どなたかの自宅の場合</small> 様方	
	TEL	456-123-7890	FAX 654-987-3210
E-mail	anshin@△△△.com <small>このアドレスの使用者のお名前(安 心 信 男)</small>		

*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きます。ご了承ください。

個人名・ご自宅住所をご記入ください。

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。

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/>



◎ボランティア保険、福祉行事保険の初回申込時またはご登録いただいている内容に変更が生じた場合には必ずご提出ください。

『福祉の保険』加入登録票	申込日	20 年 月 日
---------------------	-----	----------

年度	登録区分	登録番号
年度	<input type="checkbox"/> 初回申込 (<input type="checkbox"/> 純新規 <input type="checkbox"/> 年度初回) <small>全項目をご記入ください。</small>	* 番号がある場合は必ず記入してください。
	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更 <small>変更箇所のみご記入ください。</small>	

加入申込者	加入者名 (団体名)	フリガナ			
		正式名称			
	法人格	<small>法人格にあてはまる記号を○で囲んでください。</small> (A)NPO法人 (B)社会福祉法人 (C)社団法人 (D)財団法人 (E)その他の法人 (F)なし			
	代表者	役職	氏名		
	事務担当者	役職	氏名		
	住所	<small>下記の住所は <input type="checkbox"/>代表者 <input type="checkbox"/>事務担当者 の住所です (どちらかに☑してください)</small> 〒			
		<small>どなたかの自宅の場合</small>			
T E L		F A X		<small>様方</small>	
E-mail	<small>このアドレスの使用者のお名前()</small>				

*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。

*上記以外を郵送先・連絡先に指定される場合のみご記入ください。

通信先	通信先名			
	通信先住所	〒		
	通信先TEL		通信先FAX	

*活動状況を、必ずご記入ください。

活動状況	主な活動地域	<small>主な活動地域がある場合ご記入ください。</small>		年間活動日数	日
		京都市内	区		
		京都府下	市・町		
		京都府外	都・道・府・県		
活動分野	<small>実際の活動実態に基づいてあてはまる項目に☑してください。(複数回答可)</small> <input type="checkbox"/> 高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 障害児・障害者福祉 <input type="checkbox"/> 子ども・青少年福祉 <input type="checkbox"/> 子育てサポート <input type="checkbox"/> 保健・医療 <input type="checkbox"/> 地域・まちづくり <input type="checkbox"/> 文化、観光、芸術 <input type="checkbox"/> スポーツ・レクリエーション推進活動 <input type="checkbox"/> 国際交流・協力 <input type="checkbox"/> 自然環境保全 <input type="checkbox"/> 災害救援 <input type="checkbox"/> 地域安全 <input type="checkbox"/> 社会教育 <input type="checkbox"/> 人権・平和 <input type="checkbox"/> 市民活動支援 <input type="checkbox"/> 政策提言、行政監視 <input type="checkbox"/> 男女共同参画 <input type="checkbox"/> IT、情報化 <input type="checkbox"/> 雇用、労働 <input type="checkbox"/> 消費者保護 <input type="checkbox"/> セルフヘルプグループ <input type="checkbox"/> その他の活動				
活動内容	活動内容について、具体的にお書きください。				

注)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。

受付日	20 年 月 日	受付社協	(担当者: 社会福祉協議会)
------------	----------	-------------	----------------