

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	XXXXXXXXXXXXXXXX
	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り込みください。
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)までに必ずお振り込みください。ATMからのお振り込みも可能です。

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
金額	¥80,700	
振込先	〇〇ボランティアグループ (口座番 XXX-XXXX) XXXXXXXXXXXXXXXX	
振込先	〇〇〇〇	
保険種類	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付けた申込書類は、代理店・扱者：(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きがスムーズに行えるよう、申込書類は迅速かつ確実に提出してください。

追加のお申し込みの場合

申込書類は京都市内各区・京都府内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/>

◆ 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」を至急代理店・扱者である(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ます。
「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。

代理店・扱者：
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://srm.moushikomi.jp/>
〒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

連事
絡故
先時

代理店・扱者(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

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 -----	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	登録番号が不明の場合は こちらにチェックを お願い致します。 → <input type="checkbox"/>		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、個人情報取り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 ※1	〒 _____ となたかの自宅の場合 様方				
申込手続を された方	名前	E-mail		FAX	
	TEL				

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きます場合があります。

Aプラン行事区分表	
行事区分	行事の一例
A-1	施設見学会(工場・公共施設等)、講演会、会議ハイキング、餅つき、草刈り(機械を使用しないもの)、バーベキュー、お花見、いも掘り、盆踊り、模擬店、バザー、町内清掃、クリスマス会、温泉旅行(日帰り)、音楽鑑賞、木工教室、料理教室、バレーボール、テニス、ソフトボール、ボウリング、つな引き、リハビリ体操、雪遊び、バターゴルフ、ヨガ等
A-2	運動会、マラソン大会、車椅子マラソン、駅伝、乗馬、アイススケート、サイクリング、野球教室(小・中学生対象で実技を伴う場合)、軟式野球、バスケットボール、ハンドボール、日帰りキャンプ、アスレチック、陸上競技、体操競技、遊覧船、ヨット教室、避難訓練・防災訓練(一般市民、学童等が行う程度のもの)、子供祭(紙・発砲スチロールのみこしかつぎ)等
A-3	みこしへの参加(「ケンカみこし」など危険なものは除く。)、サッカー、フットサル(ミニサッカーと同様のもの)、硬式野球、サーフィン、スキー、スノーボード、水上スキー、そり、ラクロス、ラグビー*、合気道*、柔道*、相撲*、空手*、レスリング*、ボクシング*、キックボクシング*、アイスホッケー*、レガッタ、カヌー教室(池・川で行うもの)、トライアスロン(スキー・自転車・マラソン、もしくはボート・自転車・マラソンの競争)等 *体験会・講習会程度または高校生以下のみによって、その競技が行われる場合に限りです。
Aプランでお引受けできない行事	準備(片付け)のみの行事、防犯・防火ノットロール、草刈り(機械を使用するもの)、消防団訓練、雪おろし、のこぎりを使用する間伐体験等
Aプラン(日帰り行事)お申込みの際は、上表およびパンフレット(P3)をご参照の上、行事内容にあった料率(保険料)でお申し込みください。行事内容にあった料率での加入ではない場合は、保険料の追加払い込みをお願いすることがございますのでご了承ください。	

記載のない行事の料率については
 代理店・扱者：(株)エスアールエムまでお問い合わせください。
 TEL:075-255-0883

注)2枚目(ピンク色)に保険料のお支払い控え(コピー可)を貼付してご提出ください。
 3枚目(白色)はお客様控えになっています。お客様のお手元に保管してください。

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	
	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 ②①以外の手術の場合…[入院保険金日額]×5	
賠償責任補償	施設所有(管理)者賠償責任補償	対人	1億円/1名、2億円/1事故
		対物	1,000万円/1事故
	生産物賠償責任補償	対人	1億円/1名、2億円/1事故・保険期間中
		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1事故免責金額5,000円)

代理店・扱者 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鳥丸西入橋弁慶町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鳥丸東入清水町375 ハートピア京都 TEL:075-252-6294/FAX:075-252-6310	〒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 受付社協 (担当者 社会福祉協議会)

①受付社協控え

2023.改定

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	登録番号が不明の場合は こちらにチェックを お願い致します。 → <input type="checkbox"/>	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、個人情報取り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 ※1	〒 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇 どなたかの自宅の場合 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きます場合があります。

ここに
保険料のお支払いの控えを
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。

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年間における事故 あり → 「あり」の場合 回

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
	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 ②①以外の手術の場合…[入院保険金日額]×5
賠償責任補償	施設所有(管理)者賠償責任補償	対人 1億円/1名、2億円/1事故 対物 1,000万円/1事故
	生産物賠償責任補償	対人 1億円/1名、2億円/1事故・保険期間中 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1事故免責金額5,000円)

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)
-----	----------	------	---------------

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	登録番号が不明の場合は こちらにチェックを お願い致します。 → <input type="checkbox"/>		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、個人情報取り扱いに同意のうえ 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 ※1	〒 _____ だなたかの自宅の場合 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。

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	
	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	
賠償責任補償	施設所有(管理)者 賠償責任補償	対人	1億円/1名、2億円/1事故
		対物	1,000万円/1事故
	生産物賠償 責任補償	対人	1億円/1名、2億円/1事故・保険期間中
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1事故免責金額5,000円)

3枚目(白色)はお客様控えになっています。お客様のお手元へ保管ください。

【※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年間における事故 あり → 「あり」の場合 <input type="checkbox"/>

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 受付社協 (担当者 社会福祉協議会)

③お客様控え

2023.改定

FAX: 075-255-0882

代理店・扱者：(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

中止理由	①					②				
------	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

振込にて返金致します

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								
	(銀行) (信用金庫) (信用組合)					フリガナ(ヨミ)								
	(普通・総合)		(貯蓄)			店番(ゆうちょ銀行のみ)								
	(当座)					口座番号								
口座名義 (カタカナで ご記入下さい)														

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



担当者連絡先: