



# 福祉行事保険加入申込票

申込日 20 年 月 日

※本加入申込票では、登録の代表者、ご住所の変更はいたしません。ご変更のある場合は、「福祉の保険加入登録票」をご提出ください。

登録番号

登録区分	<input type="checkbox"/> 団体登録済 <input type="checkbox"/> 初回申込		団体名			
代表者	役職	氏名	事務担当者	役職	氏名	
住所 ※1	〒 どなたかの自宅の場合 様方					
T E L	F A X		E - m a i l			

※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。

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

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)

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。

取扱代理店 株式会社エスアールエム 〒600-8351 京都市下京区高辻通堀川西入富永町672 TEL:075-822-8613/FAX:075-841-1878	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湊町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)
-----	----------	------	------------------

②(株)エスアールエム控え



FAX:075-841-1878

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け付けに限りです。

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	
お申込された行事開催日	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>					
保険料 返金口座 <small>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。)</small>	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)			店
	<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				
	お名前	様			
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

