

2020年度 児童安全共済制度/児童厚生員共済制度 加入申込票

一般財団法人 児童健全育成推進財団 (認可特定保険業者)

理事長 鈴木 一光 殿

HP用

加入者番号
(団体番号-児童館番号)

ご記入方法は同封の「児童安全共済制度/児童厚生員共済制度
ご加入の手順と記入例」を参照してください。

申込日 年 月 日

申込 人 (設置・運営者)	フリガナ			
	所在地	〒 (注)都道府県名からご記入ください。		電話:
	フリガナ 自治体名/ 法人名/ 団体名			
	代表者名	役職	フリガナ 氏名	印
担当部署	部署	担当者名: 電話: - -		

児童館 (施設)	フリガナ			
	名称	〒 (注)都道府県名からご記入ください。		電話:
	所在地			

保険期間 午前0時から(継続加入の場合は午後4時から)
年 月 日~2021年5月1日

2021年5月1日までの未経過月数
か月間

1. 児童安全共済制度				2. 児童厚生員共済制度			
加入型 (□に☑)	延来館者数 (名)	保険料 ① *1円未満四捨五入 (円)		加入型 (□に☑)	登録児童厚生員数 (名)	最高稼働人数 ※ (名)	保険料 ② (円)
<input type="checkbox"/> A型 2円20銭				<input type="checkbox"/> A型 (@4,500×未経過月数/12)			
<input type="checkbox"/> B型 4円40銭				<input type="checkbox"/> B型 (@9,000×未経過月数/12)			
<input type="checkbox"/> C型 6円60銭				<input type="checkbox"/> C型 (@18,000×未経過月数/12)			

保険料総合計 (円) ①+② (金額の先頭に¥マークをお書きください)

振込予定日 年 月 日

加入者証送付先

ご希望の送付先の□に
 チェック
願います。

申込人
 児童館(施設)
 その他

〒 住所: 都 道 府 県

名称: 担当者:

電話: - -

(ご注意)「あり」の場合必ずご記入ください。(ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。)

※他の保険契約等(傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、この保険の全部または一部に対して
支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。)がありますか。 あり

保険種類	死亡・後遺障害保険金額	入院保険金日額	通院保険金日額
	万円	円	円

※この保険契約で保険金のお支払い対象となる損害を補償する
他の保険契約等がありますか。(ありのときは右欄に記入。)

あり

保険会社	保険種類	保険金額支払限度額
		万円

※印の項目は、ご加入に際して特に重要な事項(告知事項)です。十分にご確認のうえご記入ください。
上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

事務局使用欄 受付日: 確認: 入力: / /