

平成30年度 児童クラブ共済制度/児童クラブ支援員共済制度 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-クラブ番号)

ご記入方法は同封の「児童クラブ共済制度/児童クラブ支援員共済制度
ご加入の手順と記入例」を参照してください。

申込日 平成 年 月 日

申込 人 (設置・運営者)	フリガナ			印	
	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		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 個人情報の取扱いに同意のうえ契約を申込みます。
担当部署	部署	担当者名:		電話: - -	

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

保険期間 午前0時から(継続加入の場合は午後4時から)
平成 年 月 日~平成31年4月1日

平成31年4月1日までの未経過月数
ヶ月間

1. 児童クラブ共済制度 (加入対象:子ども)				2. 児童クラブ支援員共済制度 (加入対象:児童クラブ支援員)			
セット加入 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/>)	加入型 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/>)	登録児童数 (名)	保険料 ① (円)	加入型 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/>)	登録児童クラブ 支援員数(名)	最高稼働人数 (名)	保険料 ② (円)
<input type="checkbox"/> 賠償 セット (傷害+賠償)	<input type="checkbox"/> A型 (@1,800×未経過月数/12)+賠償(@200)			<input type="checkbox"/> A型 (@4,500×未経過月数/12)			
	<input type="checkbox"/> B型 (@3,600×未経過月数/12)+賠償(@200)			<input type="checkbox"/> B型 (@9,000×未経過月数/12)			
<input type="checkbox"/> 傷害のみ	<input type="checkbox"/> A型 (@1,800×未経過月数/12)			<input type="checkbox"/> C型 (@18,000×未経過月数/12)			
	<input type="checkbox"/> B型 (@3,600×未経過月数/12)						
保険料総合計 (円) ①+② (金額の先頭に¥マークをお書き下さい)				振込予定日 平成 年 月 日			

加入者証 送付先	ご希望の送付先の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> チェック 願います。	<input type="checkbox"/> 申込人 <input type="checkbox"/> 児童クラブ <input type="checkbox"/> その他	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 住所: 都 道 府 県	電話: - -
	(申込人・クラブ以外の場合、ご記入ください)		名称: 担当者:	

(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。)

※この契約の被保険者の全員が含まれる、同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険、普通傷害保険等をい)、
いずれも積立保険を含みます。)がありますか。 (注)他の保険会社等における契約、共済契約、生命保険契約等を含みます。

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。十分にご確認の上で記入ください。
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: / /