

平成30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 平成 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 <small>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。</small>
担当部署	部署	担当者名:	電話: - -



児童館 (施設)	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5月1日

平成31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 平成 年 月 日

加入者証送付先

ご希望の送付先の□に
 申込人
 チェック
 児童館(施設)
 その他 (申込人・児童館以外の場合、ご記入ください)

〒 _____ 住所: _____ 都道府県 _____

電話: - -

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。)

※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: _____ / _____ / _____