

「こども支援者保険」 保険契約申込書（法人契約用）

当施設の職員のうち別添の名簿に記載の者を被保険者として、貴社の「こども支援者保険」保険契約を申し込みます。
なお、保険申し込みにあたっては、以下の点について確認いたしました。

- ・パンフレットに記載の「補償内容」、「重要事項説明書」並びに「個人情報の取り扱いに関するご案内」
- ・別添の被保険者についての告知事項
- ・本商品が希望に沿った商品であること

【申込人についての記入欄】（太枠内にご記入ください。）

申込日（ご記入日）：西暦 年 月 日

△ 法人名 ※個人事業主の場合は施設名	フリガナ：		
法人の代表者 役職・氏名 ※個人事業主の場合は事業主名	フリガナ：	印	
法人の住所・電話 ※個人事業主の場合は事業主の住所	〒	TEL： — —	
ご契約に関する 書類送付・ご連絡先等	送付先 住所・施設名	<input type="checkbox"/> 送付先は法人の住所と同じ 〒	TEL： — — (内線)
	フリガナ		
	担当者氏名	部署名	
	メールアドレス		

【被保険者（補償の対象となる方）についての記入欄】（太枠内にご記入ください。）

被保険者の人数	_____人	被保険者名簿	別添の通り ※同封の名簿項目を満たしていれば、独自書式も可
---------	--------	--------	----------------------------------

△が付された事項に内容の変更が生じた場合には、メディカル少額短期保険までご連絡ください。

【始期日別 1 名あたりの保険料】 別添の保険料表をご参照ください。

【契約内容】（太枠内にご記入ください。）

保険期間	*いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、中途契約の場合は下線部にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 西暦 2024 年 4 月 1 日午後 4 時～ 2025 年 4 月 1 日午後 4 時まで <input type="checkbox"/> 西暦 _____ 年 _____ 月 1 日午後 4 時～ 2025 年 4 月 1 日午後 4 時まで		
年間保険料	1 名あたり 2,400 円	契約保険料	* 1 名あたりの保険料は保険料表をご参照ください。 1 名あたり _____ 円 × _____ 人 = _____ 円
保険料の お支払い方法	<input type="checkbox"/> 口座振替→ <input type="checkbox"/> 口座振替依頼書の提出が必要です。 <input type="checkbox"/> 銀行振込→請求書に基づいてお振込みください。		
申込書類 締切日	契約月の前月 25 日必着		

【補償項目と保険金額】

補償項目	保険金額
職業賠償責任保険 (医療・福祉専門職特約付帯)	① 対人事故、人格権侵害、個人情報漏えい、第三者への経済的損失 ② 対物事故、受託物の損壊・紛失・盗取・詐取 800 万円 (ただし、左記②は 20 万円限度)
トラブル解決費用特約	トラブル解決のための弁護士等の相談費用等 10 万円
感染症検査費用特約	業務中の感染事故による検査費用 2 万円限度
感染症保険	死亡 60 万円
	入院、通院・自宅待機 日数に応じて 7 千円～ 5 万円*

*「新型コロナウイルス感染症」罹患時の通院・自宅待機見舞金は、不担保です。

「こども支援者保険」 被保険者名簿

■保険期間 年 月 1日～保険終期日

△法人名(または施設名): _____

No.	▲氏名	フリガナ	▲住所	生年月日	△職業・職務
				性別	
1			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() <input type="checkbox"/> 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男・女	
2			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() <input type="checkbox"/> 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男・女	
3			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() <input type="checkbox"/> 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男・女	
4			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() <input type="checkbox"/> 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男・女	
5			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() <input type="checkbox"/> 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男・女	
6			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() <input type="checkbox"/> 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男・女	
7			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() <input type="checkbox"/> 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男・女	
8			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() <input type="checkbox"/> 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男・女	
9			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() <input type="checkbox"/> 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男・女	
10			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() <input type="checkbox"/> 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男・女	

▲または△が付された事項は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。告知していただいた内容が事実と違っていた場合または告知しただけなかつた場合は告知義務違反としてご契約が解除されることがありますのでご注意ください。△が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅延なく取扱代理店または弊社までご連絡ください。

※書ききれない場合は、コピーをとってお使いください。名簿はエクセルでご提出いただくことも可能です。必要な方はエクセルのフォーマットをお送りいたしますのでお申し付けください。



メディカル少額短期保険(株) 口座振替依頼書

- 個人契約の場合→A欄・B欄にご記入ください。
- 法人契約の場合→A欄のみご記入ください。

A欄	フリガナ				
	ご契約者名				
B欄	性別 (男・女)	生年月日	西暦	年	月 日

*ご契約者名は社版でも結構です。

預金口座振替規定 (ゆうちょ銀行は除く)

- 貴行(金庫、組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落としのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものと扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。<ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。詳しくは、ゆうちょ銀行のホームページをご覧ください。>

切り取らないでください! 金融機関持ち込み不要!

金融機関
提出用

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収加)

加入者及び預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)を収納代行会社として、上記の預金口座振替規定に同意のうえ、口座振替を依頼します。

新規2 変更3

2	3	2	8	2	0	年	月	日	2	7	6	0	0	0	0	1	8	6	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

金融機関使用事項
(不備返却事由)

番号	令和	年	月	日	収納代行会社	明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)	捨印
----	----	---	---	---	--------	-------------------------	----

左づめでご記入ください。 (ゆうちょ銀行は捨印不要)

1 預金取引なし	3 印鑑相違
2 記載事項等相違	4 印鑑不鮮明
ア. 店名	5 該当口座なし
イ. 預金種目	6 口座解約済
ウ. 口座番号	7 その他事由
エ. 口座名義	
オ. 金融機関番号・店舗番号	

指 定 口 座	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協	本店 支 出張所	金融機関番号	店舗番号	預金種目	口座番号(右づめでご記入ください)
	ゆうちょ銀行				普通(総合) 1 当 座 2	
	種目コード 1 6 6 3 0 9 9 0 0	契約種別 コード 1	記号(6桁目がある場合は※にご記入ください)	番 号 (右づめでご記入ください)		
払込先口座番号	00140-5-120363	払込先加入者名	明治安田収納ビジネスサービス株式会社		払込金の種別	集金 30
カナ預金者名						振替日・払込日
預金者名						27日 (当日が休業日の場合は翌営業日)

(お願い) この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印を付けて明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。
(〒135-8385 東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階 TEL 03-3615-3125)

検 印
印鑑照合
受付印 取扱店日附印

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。

2024 年度「こども支援者保険」

法人契約の保険期間と保険料について

この保険を法人でご契約いただく場合の保険期間、保険料、保険料の払込方法は以下の通りです。

■保険期間

年間契約の場合：2024 年 4 月 1 日午後 4 時～2025 年 4 月 1 日午後 4 時

中途契約の場合：毎月 1 日午後 4 時～2025 年 4 月 1 日午後 4 時

なお、毎月 1 日午後 4 時付けで、被保険者を追加または削除することが可能です。

■保険料表(被保険者 1 名当たり)

始期日	保険料	申込書類締め切り日
2024 年 4 月 1 日午後 4 時～	2,400 円	始期月の前月 25 日(25 日が土日祝日の場合は、翌営業日)
2024 年 5 月 1 日午後 4 時～	2,190 円	
2024 年 6 月 1 日午後 4 時～	2,010 円	
2024 年 7 月 1 日午後 4 時～	1,800 円	
2024 年 8 月 1 日午後 4 時～	1,600 円	
2024 年 9 月 1 日午後 4 時～	1,400 円	
2024 年 10 月 1 日午後 4 時～	1,210 円	
2024 年 11 月 1 日午後 4 時～	1,000 円	
2024 年 12 月 1 日午後 4 時～	800 円	
2025 年 1 月 1 日午後 4 時～	600 円	
2025 年 2 月 1 日午後 4 時～	400 円	
2025 年 3 月 1 日午後 4 時～	210 円	

※終期日は、いずれの場合も 2025 年 4 月 1 日午後 4 時

■保険料の払込方法

銀行振込または口座振替

(口座振替の場合は、口座振替依頼書をご提出ください)



郵送用宛名

下記「郵送用」宛名を切り取り、お手持ちの定型封筒*に貼り、各種加入依頼書や申込書、事故報告書等のご返送の際にお使いください。

*長形3号サイズ：長辺14cm～23.5cm・短辺9cm～12cm

- ①キリトリ線で下記宛名部分を切り取ってください。
- ②切り取った宛名をお手持ちの定型封筒に剥がれないよう、しっかりと糊で貼り付けてください。ホチキス・クリップ・セロテープ等は使用しないでください。
- ③A4用紙に拡大・縮小、サイズ変更をしないで印刷をしてください。
- ④書類をお送りいただく場合に限定してご利用ください。また第三者への譲渡を禁止します。
- ⑤利用希望者に、宛名ラベルの印刷を委託します。

キリトリ

 料金受取人払郵便	1048782
 晴海局承認 8314	定形郵便物 955
差出有効期間 2025年3月 31日まで 切手をはらずに お出しください	東京都中央区新川 2-22-2 新川佐野ビル 4F

メディカル少額短期保険株式会社 行

|||||

キリトリ

★ご注意★

この宛名を使用する場合、弊社に到着するまで2～3日を要しますのでお急ぎの際は、切手を貼ってご投函ください。