

(公財)介護労働安定センター御中 (書類提出先:(株)全福サービス)
 締切り:補償開始月前月末日必着 (休日の場合は、その前日)

加入依頼日 年 月 日

(公財)介護労働安定センター ケア・ワーカー等福祉共済制度
 傷害補償加入依頼書 兼 被保険者名簿 (異動報告書)

<ご加入に際して>

私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

- ①当紹介所がパンフレット記載の加入対象紹介所であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④重要事項説明書添付の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

ページ(/)

コード番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

加入者	所属団体 (どちらかに○) 1. 看家協会 2. その他	都道府県	私は、「ご加入に際して」を確認し、保険契約者である団体に対して加入を依頼します。 
	職業紹介事業所名	所長名	
	事業所所在地	〒	
TEL		FAX	

「★他の保険契約等」は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。
 (※)他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には○をし、裏面*に詳細をご記入ください。☆人数は告知事項ならびに通知事項のため正確にご記入ください。

No.	被保険者氏名(フリガナ)	★他の保険契約等(※)	生年月日	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1		(あり)	S・H .												
2		(あり)	S・H .												
3		(あり)	S・H .												
4		(あり)	S・H .												
5		(あり)	S・H .												
6		(あり)	S・H .												
7		(あり)	S・H .												
8		(あり)	S・H .												
9		(あり)	S・H .												
10		(あり)	S・H .												
当月加入 人数☆			本ページ 計												
			全ページ 小計												
(前月)追加新規加入 人数			計												
			合計												

◎全ページ合計保険料=全ページ合計人数×350円 (1ページ目のみに記入。2ページ目以降記入不要。)

全ページ合計保険料	4月	5月	6月	7月	8月	9月
	10月	11月	12月	1月	2月	3月

*** 他の保険契約等**

具体的な内容をご記入ください。

(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の一部または全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。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額)(万円)

郵便局・銀行でお振込みの場合
受領書のコピーを
こちらに貼付してください。
またはコピー (A4サイズ)
を添付してください。

インターネットでお振込みの場合
別紙で振込み完了画面の
コピーを添付してください。

コード番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--