

全印工連 災害補償共済 加入依頼書

全日本印刷工業組合連合会御中

■ご加入に際して

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当社(または当事業主)が契約者である企業または団体の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③裏面の「個人情報取扱いに関するご案内」の内容(被保険者全員及び口座名義人の同意もあること。)
- ④下記の「保険料算出基礎数字について」の内容

加入依頼日		所属工組		所属支部		(ご注意) ●赤枠内をすべてご記入下さい。 ●すでに本制度において掛金を口座引落にされている方は、預金口座振替依頼書のご記入は不要です。 ●ご加入の際は本紙をコピーくださるようお願い申し上げます。
201 年 月 日						
加入者	〒 ⁴⁹	- ⁵⁵ ²⁶⁶ ²⁷⁷				
	フリガナ					
	住所					
	フリガナ					
会社名			フリガナ	代表者名		

「ご加入に際して」を確認し、契約者である団体に対して加入を依頼します。

※捺印をお願いします。
(ご加入に際して確認事項、確認印兼用)

フリガナ	事業所住所 (加入者と異なる場合のみ)	別紙明細書の 通り
------	------------------------	--------------

■下記「労災補償コース」、「傷害補償コース」の申し込みにつきまして、掛金算出のための基礎数字(人数・売上高)が正確であることを申告します。また、これに基づいて掛金を算出することに同意します。

※ご加入に際しては保険料算出基礎数字を確認できる直近の公表資料・客観的資料(事業報告書、労働保険概算・確定保険料申告書等(写し))をあわせてご提出ください。該当資料がない場合は団体窓口または取扱代理店もしくは引受保険会社にご相談ください。

1. 労災補償コース

【労働災害総合保険(法定外補償保険)】(補償期間:2016年11月1日午後4時(中途加入の場合加入締切日の翌月1日午前0時)から2017年11月1日午後4時まで)

平均被用者数は2015年4月1日～2016年3月31日の期間の数値です。

平均被用者数は、直近の政府労災保険の「労働保険 概算・確定保険料申告書」の「常時使用労働者数」欄に記載されている人数を記載下さい。

※「平均被用者数」は正しくご申告願います。もし「平均被用者数」が誤っていた場合、後日、掛金の追加請求または返還が必要となったり、給付金が支払われないまたは削減される場合があります。

加入タイプ	☆人数(平均被用者数)	□ 数	労災補償掛金(保険料)(人数分の合計を記入)
①・②	名	□(5口限度)	円

※加入するタイプに○をおつけ下さい。

法定外補償規程がありますか。(「あり」の場合で、労災補償コースにご加入の場合は、その写をご添付願います)

あり なし

2. 傷害補償コース

【業務災害総合保険】(保険(補償)期間:2016年11月1日午後4時～2017年11月1日午後4時(中途加入の場合加入締切日の翌月1日午前0時)から2017年11月1日午後4時まで)

加入タイプ	① 基本型	② 入・通院型①	③ 入・通院型②	傷害補償掛金(保険料)	合計掛金(保険料)
□ 数(5口限度)				円	円
補償対象者	○ 役員・従業員全員		○ 従業員のみ全員		

※加入するタイプに○をおつけ下さい。 ※補償対象者を○でご選択後、その下に合算人数をご記入下さい。

★業種区分	名称	コード*
	印刷業	46

※労働保険概算・確定保険料申告書等をご参照ください。

★売上高	万円
申告数字の対象期間	年 月 日から1年間

上段申告数字は下段の「会計年度(1年間)」の実績です。

お願い

①保険料算出のための基礎数字は正しくご申告願います。もし申告数字が誤っていた場合は、後日、保険料の追加請求や返還が必要となったり、保険金が支払われない、または、削減される場合があります。

②申告数字が100,000万円や1,000名のような「丸い数字」の場合は、最近の会計年度等における正確な実績数字を、再度ご確認いただきますようお願いいたします。

平成28年8月作成

裏面も必ずご記入下さい。→

労災補償コース・傷害補償コース共通:他の保険契約等★

★他の同種の保険契約または共済契約がありますか。		はい	いいえ
★上記が「はい」の場合はその具体的な内容をご記入ください	会社名	保険等の種類	
	満期日	保険金額・支払い限度額	

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。ご加入を解除する場合、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。

ご加入後に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合には、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡下さい。ご連絡がない場合は、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。また変更の内容によってご加入を解除することがあります。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

傷害補償コースのみ:業務災害総合保険契約の締結等に関する確認書

- 本保険契約は、補償対象者に対する災害補償を目的とするものであり、被保険者は、本保険契約にセットされる特約条項に基づき下記の補償保険金を受領した場合は、その全額を補償対象者またはその遺族に支払うものとします。被保険者は、補償対象者となる者全員に対して、保険契約者が災害補償を目的として本保険契約を締結すること、ならびに、被保険者が本保険契約にセットされる特約条項に基づき下記の補償保険金を受領した場合は、本保険契約の約款に従い、被保険者がその全額を補償対象者またはその遺族に支払うものとされていることを周知しており、また今後あらたに補償対象者となった者に対してすみやかに周知します。
なお、被保険者が労働災害事故により補償対象者またはその遺族に損害賠償債務を負う場合、本項の規定に基づき被保険者が補償対象者またはその遺族に支払う補償金は、損益相殺の対象となるものとし、被保険者は補償対象者またはその遺族に対する損害賠償債務を免れるものとします。
- 保険契約が前年度と同一の内容で継続される場合は、この「確認書」は自動的に継続されるものとします。ただし、保険契約の継続時または保険期間中に保険契約内容に変更が生じた場合には、あらたに「確認書」を取り交わし提出いたします。災害補償規程を定めていない場合は、この「確認書」は災害補償規程を兼ねています。
- 本保険契約の補償対象者は、災害補償を目的として本保険契約が東京海上日動火災保険株式会社と締結されることについて同意しております。また、本保険契約の内容については、補償対象者となる者全員に周知されており、同意しなかった者は別途申し出るものとします。

(注) 補償対象者代表は、補償対象者全員(従業員以外を補償に含める場合はその方々も含めた全員)の代表になり得る方としてください。ただし、役員、個人事業主およびこれらの親族の方々は補償対象者代表者となることはできません。

加入者名	印
従業員代表者(注) 自署(ゴム印等は不可)	

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑤の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- 本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- 契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- 東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- 再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- 質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

[東京海上日動記入欄]

加入番号 (左つめて記入)	—	—	—	—	—
------------------	---	---	---	---	---

所管店(コード入りゴム印)

16-T16491

担当課支社	▼
代理店	◆

代理店 受付日	課 受付日	支社 受付日	広域法人部 受付日