

学校支援者補償制度 加入依頼書 兼 加入申込票 (学校申込専用)

学校単位申込方法

加入依頼日 年 月 日

<ご加入に際して>

保険契約についての重要な事項に関する内容について確認するとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。

1. 下記すべての項目をご記入ください。

学 校 名	〒 <input type="text"/>	校 長 先 生	<input type="text"/>	
	電話 <input type="text"/>	担 当 者	<input type="text"/>	申 込 印
	FAX <input type="text"/> / e-mail <input type="text"/>	*上記の欄に際しては確認し、保険契約者である旨に対する加入の申込みをします。		
ご 住 所	〒 <input type="text"/> 都・道 府・県 <input type="text"/> 郡・市 町・村 <input type="text"/>			補償開始月 (○を付けてください。)
	<input type="text"/>			4月・5月・6月・7月・8月
	<input type="text"/>			9月・10月・11月・12月 1月・2月・3月

※他の保険契約等 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。
(ありのときは、下記欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

保険会社 <input type="text"/>	保険種類 <input type="text"/>	保険金額・支払限度額 <input type="text"/>	過去3年間における事故 あり⇒ありの場合 <input type="checkbox"/>
---------------------------	---------------------------	---------------------------------	--

補償型 (○を付けて ください。)	I型	タイプ (○を付けてください。)	A	3名	円
	II型		B	6名	円
	III型		C	10名	円
			フリー	名	円
補償人数が上記3タイプ以外の場合(フリー)、別途ご相談ください。					

2. 請求書が必要な場合は、下記に宛名をご記入ください。

請求書名

3. お申し込み日程

お申し込み締切日 毎月 10日
保険料入金締切日 毎月 10日
補償開始日時 毎月 15日 午後4時

4. 本加入依頼書兼加入申込票を日本PCA学校支援者補償制度係へFAXしてください。

送信先 日本PCA学校支援者補償制度係
FAX 0120-590-279

注意点 ・毎月10日までに保険料の着金が確認できない場合、補償開始日が翌月15日にずれ込みます。
その場合再度お手続きが必要となりますのでご注意ください。

5. <記入例> *お振込み手数料は、お客様のご負担になりますので、ご了承ください。

払込取扱票		払込票兼受領証	
口座番号 00120-8-542518	金額 ¥13500	口座番号 00120-8-542518	金額 ¥13500
日本PCA教育振興会		日本PCA教育振興会	
東京都港区新橋 1-1-1		東京都港区新橋 1-1-1	
××小学校 03-0000-0000		料 金 円	
裏面の注意事項をお読み下さい。(総務省) (私製承認第3759号) これより下部には何も記入しないでください。		受付局日附印	