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	ﾌﾘｶﾞﾅ	校長先生	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	電話	担当者	ﾌﾘｶﾞﾅ	申込印
	FAX　／e-mail	＊上記の＜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の申込みをします。		
ご住所	〒　ﾌﾘｶﾞﾅ 都･道 府･県　郡･市 町･村 ﾌﾘｶﾞﾅ	補償開始月（○を付けてください。） 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　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	保険種類	保険金額・支払限度額	過去３年間における事故 あり⇒ありの場合　回

補償型（○を付けて下さい。）	
Ⅰ型	
Ⅱ型	
Ⅲ型	

タイプ（○を付けて下さい。）	人 数	該当保険料をご記入ください
A	3名	円
B	6名	円
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）、別途ご相談下さい。		

2．請求書が必要な場合は、下記に宛名をご記入ください。

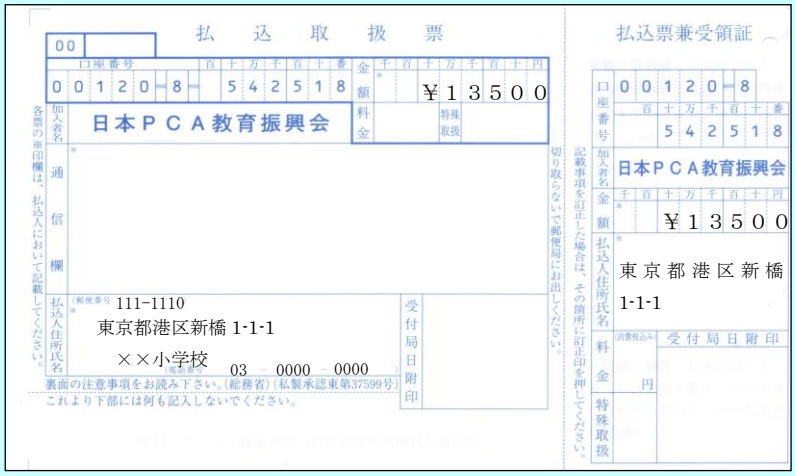
請 求 書 名	

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。