

介護支援専門員賠償責任補償制度加入依頼書

- 一般社団法人日本介護支援専門員協会を契約者とする「介護支援専門員賠償責任補償制度」に加入します。
- 申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン日本興亜公式ウェブサイト (<https://www.sjnk.co.jp/>) に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

【ご注意】
 加入依頼書の記載事項は全項目が告知事項となります。事実を正確にお申し出ください。記載事項(告知条項)が事実と相違する場合には、ご契約を解除させていただくことがあり、解除前に発生していた事故による損害に対しても保険金をお支払いできません。詳しくはパンフレットをご確認ください。

加入依頼日(ご記入日):		年	月	日		
申込人(加入者)および被保険者	氏名	フリガナ				
	住所(自宅)	フリガナ				
		〒	TEL(自宅)	()	TEL(日中連絡先)	()
	性別	男・女	生年月日	昭・平	年 月 日 (歳)	
	会員番号(8桁)					
		※他の同種の保険契約(損保ジャパン日本興亜および他社を含む)はありますか。		(有・無)		
(保険会社)		契約期間	満期日	保険金額		
加入タイプ	オプション無	Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ	Dタイプ	
	オプション有	Aタイプ 【オプション有】	Bタイプ 【オプション有】	※保険料は加入月によって異なります。各プランの保険料は、パンフレットをご確認ください。		
加入期間	年 月 1日 ~ 2021年 3月 1日			合計保険料	円	

【加入方法】 ※下記①と②の手続きを両方行ってください。(片方だけだと加入受付ができません。)

- ①**加入依頼書**(上部)に必要事項を記入の上、専用封筒で代理店宛にお送りください。
- ②**払込取扱票**(下部)を切り離し、郵便局のATMまたは窓口で保険料をお支払いください。(ネット送金不可)

払込取扱票

00	東京	口座記号番号																		
0	0	1	9	0	3	4	8	7	1	5	7	金額	千	百	十	万	千	百	十	円
一般社団法人 日本介護支援専門員協会												料金	備考							
【賠償責任保険加入申込】																				
会員番号 :																				
加入者氏名 :																				
電話番号 :																				
住所 :																				
日附印																				

ご依頼欄に、おとこ・おなまえをご記入ください。(承認番号 東第57340号)
 これより下部には何も記入しないでください。

振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	0	0	1	9	0	3		
	4	8	7	1	5	7		
加入者名	一般社団法人 日本介護支援専門員協会							
金額	千	百	十	万	千	百	十	円
ご依頼人	おなまえ						様	
料金	(消費税込み)						日附印	
備考	円							

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。
 切り取らないでお出ください。

この受領証は、大切に保管してください。

(ご注意)

- ・この用紙は、機械で処理しますので、金額を記入する際は、枠内にはっきりと記入してください。また、本票を汚したり、折り曲げたりしないでください。
- ・この用紙は、ゆうちょ銀行又は郵便局の払込機能付きATMでもご利用いただけます。
- ・この払込書を、ゆうちょ銀行又は郵便局の渉外員にお預けになるときは、引換えに預り証を必ずお受け取りください。
- ・払込みの際、法令等に基づき、運転免許証等、顔写真付きの公的証明書類のご提示をお願いする場合があります。
- ・この用紙による、払込料金は、ご依頼様が負担することとなります。
- ・ご依頼様からご提出いただきました払込書に記載されたおところ、おなまえ等は、加入者様に通知されます。
- ・この受領証は、払込みの証拠となるものですから大切に保管してください。

収入印紙
課税相当額以上
貼 付
印

この場所には、何も記載しないでください。