

申込日	2025年 11月 25日	保険期間	2026年1月1日午後4時から2027年1月1日午後4時	新着予定日	2026年1月1日午後4時から2026年12月31日午後12時	中絶加入補償開始日	2025年12月31日午後4時から2026年12月31日午後12時	年	月	日
申込人(加入者)	(フリガナ) オオサカシティウオウキョウキョウ 〒 640-8677 大阪市中央区北浜4-3-1 (フリガナ) ミツイホイクエン 三井保育園 (フリガナ) エンヂョウ スミトモユウコ 記名してください。(個人の場合はフルネームでご記入ください。) 園長 住友優子	施設名(法人代表者)印を 押してください。 保険契約の重要な事項に 関する説明書等を交付する とともに、申し込みの 内容に同意したことを 証明し、個人情報の取扱い に関する方針等を説明し、 同意したことを証明する こと。	法人名 社会福祉法人 大阪福祉会 事業種類 保育園 T E L 06-6233-1536 F A X 06-6233-15XX E-mail osakafukushi@xxx.or.jp	施設 コード 73000 担当者 住友太郎	別紙明細書にご記入ください。					

ご加入する制度に○印をして、該当制度にご記入ください。補償内容はパンフレットをご覧ください。

補償制度名	基礎単位	加入タイプ・単位保険料	保険料算出の基礎	保険料							
①保育施設賠償責任	認定員数	*Ⅰ型 Ⅱ型	Ⅰ型 (80) 名 Ⅱ型 × (1) 台	34,990 円							
②エレベーター賠償責任	台数		3,970 円	3,970 円							
③保育施設事故見舞金	Ⅰ型 1,000円 × (1) 名 Ⅱ型 500円 × () 名	Ⅰ型 Ⅱ型	Ⅰ型 × (78) 名 Ⅱ型 × () 名	78,000 円							
*【加入プラン】Ⅰ型 Ⅱ型											
*【申告内容】保険契約締結時ご加入可能な最速の会計年度の被保険者数(年間平均登録人数)として次のとおり申告いたします。											
月	曜日	登録人数	月	曜日	登録人数	月	曜日	登録人数	月	曜日	登録人数
4月	4/1	80 名	7月	7/1	78 名	10月	10/1	79 名	2月	2/1	77 名
5月	5/1	80 名	8月	8/1	78 名	11月	11/1	79 名	3月	3/1	78 名
6月	6/1	78 名	9月	9/1	78 名	12月	12/1	77 名	4月	4/1	78 名
申告対象期間 2024年4月1日より2025年3月31日まで					合計登録人数		940 名	年間平均登録人数		78 名	
④「民間保育園の子育て支援事業」参加者傷害	年間延べ参加人数	5円 × (2) 名	年間延べ参加人数	Ⅰ型 Ⅱ型	Ⅰ型 Ⅱ型	Ⅰ型 Ⅱ型	Ⅰ型 Ⅱ型	Ⅰ型 Ⅱ型	Ⅰ型 Ⅱ型	Ⅰ型 Ⅱ型	Ⅰ型 Ⅱ型
月	曜日	参加人数	月	曜日	参加人数	月	曜日	参加人数	月	曜日	参加人数
4月	4 日	88 名	7月	4 日	96 名	10月	4 日	80 名	1月	3 日	60 名
5月	4 日	80 名	8月	4 日	88 名	11月	4 日	96 名	2月	3 日	66 名
6月	4 日	80 名	9月	4 日	80 名	12月	3 日	60 名	3月	4 日	96 名
申告対象期間 2024年4月1日より2025年3月31日まで					年間延べ参加人数		45 名	年間延べ参加人数		970 名	
⑤従業員の不誠実行為	被保険人数	*Ⅰ型 Ⅱ型 Ⅲ型	Ⅰ型 × (25) 名 Ⅱ型 × () 名 Ⅲ型 × () 名	50,820 円							
⑥施設職員労災上乗せ	別表Ⅰ	⑥のみ加入 2,360円	Ⅰ型 × () 名 Ⅱ型 × () 名	円							
⑦使用者賠償責任	職員数	⑦のみ加入 1,220円	Ⅰ型 × () 名 Ⅱ型 × () 名	円							
⑧セットの場合	別表Ⅰ・Ⅱ	⑧のセットの場合 2,750円	Ⅰ型 × (25) 名 Ⅱ型 × () 名	88,750 円							
⑨非常勤職員災害	別表Ⅲ	標準プラン 6,300円 スリムプラン 3,150円	Ⅰ型 × (5) 名 Ⅱ型 × () 名	31,500 円							
⑩理事長・施設長災害	別表Ⅳ	Ⅰ型 40,000円 Ⅱ型 45,000円	Ⅰ型 × () 名 Ⅱ型 × (2) 名	90,000 円							
保険料締切(※毎月) 2025 年 11 月 25 日					合計保険料	367,730 円					

※記入例(付属書類を参考に)により事実を正確にご回答(記入)ください。18号の項目は保険に関する質問と関係なく必ず多くご回答の項目が事実と異なる場合は、ご質問を御覧になり、御回答をお間違いでないことがあり得ますので必ずご確認の上ご回答(記入)ください。

2.この保険契約は、ご加入後にご希望いただくべき事項(通知義務等)があり、仮契約の重要な事項に関する説明書等に記述しています。
また、制度内容の詳細は管理担当者(特別窓口・特別)において定めていますのでご確認ください。

3.貴社の場合は大規模な項目です。訂正しなくては中心人物(加入者)の訂正(または訂正署名)をお願いします。

4.お持ち心において、この特別窓口では、事実と異なる場合に仮契約に関する事項について、関係者(加入者)の同意で確認することがあります。

5.関係者(加入者)において、仮契約に関する事項について、一般社団法人、日本労働保険協会に登録された関係者(加入者)の同意で利用することがあります。

※必ず、事実発生の際に関係者(加入者)の同意で確認することがあります。

該当する制度にご加入の場合のみご記入ください。

制度⑤ 1枚目裏面の告知書にご記入ください。

別表Ⅰ 制度⑤・⑥ 施設職員数申告書

政府労災加入の全従業員数 **25** 名 一時的みの除外はごまさない うち特別加入者(含む) **1** 名

【特別加入者明細】

符号	氏 名	フリガナ	性別	生年月日	職 務
1	住友太郎	スミトモ タロウ	男・女	S50.6.10	理事長
2			男・女		

別表Ⅱ 制度⑤・⑥ 総合リスク診断評価シート★ パンフレットP12の質問事項を参照の上、「はい」に該当する場合、回答欄に○をつけてください。

質問	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
質問書	○		○		○		○				
質問書	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	X III
質問書	○	○								○	

別表Ⅲ 制度⑥ 最高稼働人数申告書 以下の通りに相違ありません。

対象者の職種	対象者数	★最高稼働人数
保育士	7 名	5 名

別表Ⅳ 制度⑥ 被保険者明細書

符号	氏 名	フリガナ	性別	生年月日	職 務	加入タイプ	合計
1	住友太郎	スミトモ タロウ	男・女	S50.6.10	理事長	I・II	2 名
2	住友優子	スミトモ ユウコ	男・女	S49.12.24	園長	I・II	
3			男・女			I・II	

3枚目は加入者控となりますので、切り取って保管ください。1枚目裏面も忘れずにご確認ください。

加入者証の交付先が申込施設所在地と異なるときはご記入ください。

年間平均在籍人数とは、直近年度の平均在籍人数です。毎月1日時点における在籍人数の平均人数(小数点第一位四捨五入)をご記入ください。

⑤従業員の不誠実行為損害補償制度にご加入の場合はもちろんご記入ください。

【裏面】

⑤従業員の不誠実行為損害補償制度にご加入の方

(注)世帯主の世帯員は、大元が世帯主です。町立など場合は中心1人(加入者)または新卒者の町立の場合は2人まで記入をお願いします。

身元信用保証 被保険者告知書

告知書には事実を正確にご記入ください。告知書は告知に関する重要な事項であり、告知内容が事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保証金を支払えない可能性がありますので、十分に確認の上でご記入ください。また、ご記入内容によっては追加料金を徴収する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

この保険契約の募集期間およびセレクトされる契約の順位に基づき、以下のとおり告知します。

項目	詳細	備考欄	身元信用保証 被保険者告知書
※①	従業員 (申込日時点)	全社員数	25 名
※②	全職卒の出勤 管理について	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 理事長 ・ 園長 ・ 総務部長 ・ 経理部長 </div> <div style="flex: 1; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - 1,000,000 円まで - 500,000 円まで - 300,000 円まで - 100,000 円まで </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p>5年 以下</p> <p>10年 以下</p> <p>10年 超</p> </div> <div style="flex: 1; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <p>金銭の範囲</p> </div> </div>
※③	被保証人	被保証人の範囲	全従業員
	被保証人	被保証人の人数	25 名
※④	金銭・物品貸借 等の取扱い	被保証人の1人、1日 当りの最大取扱い額	100,000 円
	被保証人	被保証人の手元 に保管する期間	18 5日 5日 以内 以内 超
※⑤	社内状況	<p>※就業率、給与支払、就業方法、出勤の状況についてのチェック方法等をご記入下さい</p> <p>年一度、園長が該当打ち検査を実施。 毎朝、経理部長が管理簿記載の金額・確認者と金庫の現金を照合。等</p>	
※⑥	<p>従業員に身元保証人*を立てることを求めていますか</p> <p>*身元保証に関する説明に基づき、従業員が 就業中に、対して債務を負った場合に、その 債務を保証する第三者のご紹介をします。</p>		<p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p>
※⑦	<p>過去5年間の役員または従業員の不誠実行為 (詐欺・強盗・横領・詐欺・背任行為)</p>		<p><input type="checkbox"/> あり(ありの場合は、ご記入いただけます。)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> なし</p>
※⑧	<p>過去5年間の役員または従業員の不誠実行為 (詐欺・強盗・横領・詐欺・背任行為)</p>		<p>1. 過去において身元信用保証の契約を締結されたことが</p> <p>2. 過去3ヶ月間に身元信用保証金を受領したことが</p> <p>3. 身元信用保証の年間契約が</p>
過去5年間の役員または従業員の不誠実行為 (詐欺・強盗・横領・詐欺・背任行為)			<p><input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</p> <p>(ありの場合は、以下にご記入下さい)</p>
<p>保険会社</p>			

同一建物内に複数
設がありエレベーター
を共通して利用する
場合は、いずれか1
股でご加入ください。

加入プランに
○印をつけて
ください。

職員数は必ず直近
年度分の「労働保
概算・確定保険料
告書」に記載の人
としてください。

他の保険契約等に
該当がある場合は
ご記入ください。

既にご加入のかたで
印字内容を変更する場合は、
二重線で抹消のうえ記入してください。

メールアドレスをご記入ください。

併設施設がある場合は別紙明細書
にご記入ください。

加入者証の送付先が申込施設所在地
と異なるときはご記入ください。

年間平均在籍人数とは、直近年度の
平均在籍人数です。毎月1日時点に
おける在籍人数の平均人数(小数点
第一位四捨五入)をご記入ください。

⑤従業員の不誠実行為損害補償制度にご加入の場合はもれなくご記入ください。

【裏面】

④従業員の不誠実行為被害補償制度にご加入の方

（ご注意）※印の項目は、本契約適用外です。訂正する場合は各人（組）入会（者）または被保険者の訂正印（または訂正署名）をお願いします。

品質優良 價格公道 歡迎各界人士垂詢

告知書には事実を正確にご記入ください。※既の題目は告知に関する重要な事項であり、告知内容が事実と相違する場合は、この告知解除し、保護命令を失効しできないことがありますので、十分にご確認のうえにご記入ください。また、ご記入内容によっては、お父様は未成年者となる場合があるため、あらかじめご了承ください。

この保護契約の製造保護期間およびセットされる特許の期間に基づき、以下のとおり合致します。

事項		保育園					
※1 役員費 (申込日時点)	全社員数	25	名	平均勤続 年数	5年 以下	10年 以下	10年 超
※2	金請等の出納 事務について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 理事長 ・ 専務 ・ 経理部長 ・ 経理課長 	金額の範囲	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1,000,000 円まで ・ 500,000 円まで ・ 300,000 円まで ・ 100,000 円まで 			
※3	被保証人	被保証人の 総数	全従業員	合計人数	25		6
※4	金請・商品賃借 等の取組	被保証人の1人、1日 当りの最大取組金額	100,000 円	被保証人の半元に 冲當する期間	1日	5日 以下	5日 超
※5	社内検査	<p>年度ごとの経理検査、税務調査、貸付方法、貸付の入金金についてのチェック方法を導入下さい。</p> <p>年々一度、直長が抜き打ち検査を実施。</p> <p>毎朝、経理課長が管理簿記載の金額・諸国者と金庫の現金を照合。 等</p>					
※6	従業員に身元保証人を立ててこのことを求めていますか ※身元保証に関する法理に基づき、従業員が 事業家に対して債務を負った場合には、その 債務を保証する第三者のことを指します。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
※7	過去5年間の役員または従業員の不誠実行為 (詐欺・強盗・横領・詐欺・背任行為)	<input type="checkbox"/> あり(その場合は、ご記入ください。) <input checked="" type="checkbox"/> なし					
※8	過去の保険契約	<p>1. 過去において身元信用保証の引受を拒絶されたことが <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</p> <p>2. 過去3ヶ月間に身元信用保証金を受領したことが <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</p> <p>3. 身元信用保証の3年更新契約が <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</p> <p>(ありの場合は、以下にご記入下さい)</p>					
		<p>保険会社</p>					

[illegible]

申 込 日	年 月 日	保険期間	2026年1月1日午後4時から2027年1月1日午後4時 <small>(制度④⑤は2026年1月1日午前0時から2026年12月31日午後12時 制度③⑥は2025年12月31日午後4時から2026年12月31日午後4時)</small>		中途加入補償開始日	年 月 日	
申 込 人 (加 入 者)	施 設 所 在 地	(フリガナ) 〒		施設長(法人代表者)印を 押印してください。 保険契約の重要な事項に 関する説明書類を受け取 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。また、「ご加入内 容確認事項」について確認 しました。 印	★ 法人名	(フリガナ)	施 設 コ ー ド
	※★ 施 設 名	(フリガナ)			事業種類		
	★代 表 者 役 職・氏 名	(フリガナ) 記名してください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)			T E L	F A X	担 当 者
				E-mail	本メールアドレス宛にお役立ち情報の送付を希望 しますか?記入がない場合は「はい」となります。 <small>(はい) (いいえ)</small>		
				併 設 施 設	あり → 別紙明細書にご記入ください。		
				加入者証の送付先 (所在地と異なる場合)	〒		

ご加入する制度に○印をして、該当制度にご記入ください。補償内容はパンフレットをご覧ください。

	補 償 制 度 名	基礎単位	加入タイプ・単位保険料	保険料算出の基礎	保 険 料																																																
賠償責任	①保育施設賠償責任	総定員数	★ <input type="radio"/> Ⅰ型 <input type="radio"/> Ⅱ型	※★ ()名	円																																																
	②エレベーター賠償責任	台数		※★ × ()台	円																																																
見舞金等	③保育施設事故見舞金	口数(最大5口)	年間平均在籍人数 ※★被保険者数	× ()名	円																																																
	★【加入プラン】 <input type="radio"/> Ⅰ型 <input type="radio"/> Ⅱ型	Ⅰ型 1,000円 × ()口 Ⅱ型 500円 × ()口	× ()名 × ()名																																																		
	★＜申告内容＞ 保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数(年間平均在籍人数)として次のとおり申告いたします。																																																				
	<table><tr><td>月</td><td>確認日</td><td>在籍人数</td><td>月</td><td>確認日</td><td>在籍人数</td><td>月</td><td>確認日</td><td>在籍人数</td><td>月</td><td>確認日</td><td>在籍人数</td></tr><tr><td>4月</td><td>4/1</td><td>名</td><td>7月</td><td>7/1</td><td>名</td><td>10月</td><td>10/1</td><td>名</td><td>1月</td><td>1/1</td><td>名</td></tr><tr><td>5月</td><td>5/1</td><td>名</td><td>8月</td><td>8/1</td><td>名</td><td>11月</td><td>11/1</td><td>名</td><td>2月</td><td>2/1</td><td>名</td></tr><tr><td>6月</td><td>6/1</td><td>名</td><td>9月</td><td>9/1</td><td>名</td><td>12月</td><td>12/1</td><td>名</td><td>3月</td><td>3/1</td><td>名</td></tr></table>					月	確認日	在籍人数	月	確認日	在籍人数	月	確認日	在籍人数	月	確認日	在籍人数	4月	4/1	名	7月	7/1	名	10月	10/1	名	1月	1/1	名	5月	5/1	名	8月	8/1	名	11月	11/1	名	2月	2/1	名	6月	6/1	名	9月	9/1	名	12月	12/1	名	3月	3/1	名
	月	確認日	在籍人数	月	確認日	在籍人数	月	確認日	在籍人数	月	確認日	在籍人数																																									
4月	4/1	名	7月	7/1	名	10月	10/1	名	1月	1/1	名																																										
5月	5/1	名	8月	8/1	名	11月	11/1	名	2月	2/1	名																																										
6月	6/1	名	9月	9/1	名	12月	12/1	名	3月	3/1	名																																										
申告対象期間 2024年4月1日より2025年3月31日まで 合計在籍人数 名 年間平均在籍人数 名																																																					
役職員災害補償	④「民間保育園の子育て支援事業」参加者傷害	年間延べ参加人数	口数(最大10口) ※★被保険者数	× ()名	(1円単位) 円																																																
	★＜申告内容＞ 保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数(年間延べ参加人数)として次のとおり申告いたします。																																																				
	<table><tr><td>開催月</td><td>回数</td><td>参加人数</td><td>開催月</td><td>回数</td><td>参加人数</td><td>開催月</td><td>回数</td><td>参加人数</td><td>開催月</td><td>回数</td><td>参加人数</td></tr><tr><td>4月</td><td>回</td><td>名</td><td>7月</td><td>回</td><td>名</td><td>10月</td><td>回</td><td>名</td><td>1月</td><td>回</td><td>名</td></tr><tr><td>5月</td><td>回</td><td>名</td><td>8月</td><td>回</td><td>名</td><td>11月</td><td>回</td><td>名</td><td>2月</td><td>回</td><td>名</td></tr><tr><td>6月</td><td>回</td><td>名</td><td>9月</td><td>回</td><td>名</td><td>12月</td><td>回</td><td>名</td><td>3月</td><td>回</td><td>名</td></tr></table>					開催月	回数	参加人数	開催月	回数	参加人数	開催月	回数	参加人数	開催月	回数	参加人数	4月	回	名	7月	回	名	10月	回	名	1月	回	名	5月	回	名	8月	回	名	11月	回	名	2月	回	名	6月	回	名	9月	回	名	12月	回	名	3月	回	名
開催月	回数	参加人数	開催月	回数	参加人数	開催月	回数	参加人数	開催月	回数	参加人数																																										
4月	回	名	7月	回	名	10月	回	名	1月	回	名																																										
5月	回	名	8月	回	名	11月	回	名	2月	回	名																																										
6月	回	名	9月	回	名	12月	回	名	3月	回	名																																										
申告対象期間 2024年4月1日より2025年3月31日まで 年間延べ回数 回 年間延べ参加人数 名																																																					
役職員災害補償	⑤従業員の不誠実行為	被保証人数	★ <input type="radio"/> Ⅰ型 <input type="radio"/> Ⅱ型 <input type="radio"/> Ⅲ型	※★ × ()名	円																																																
	⑥施設職員労災上乗せ	別表Ⅰ 職員数	⑥のみ加入	2,360円	※★ × ()名	円																																															
	⑦のみ加入		1,220円	※★ × ()名	円																																																
	⑦使用者賠償責任	別表Ⅰ・Ⅱ 職員数	⑥⑦セットの場合	2,750円	※★ × ()名	円																																															
	⑥⑦セットの場合		別表Ⅲ 標準プラン	6,300円	※★ × ()名	円																																															
⑧非常勤職員災害	別表Ⅲ 人数	スリムプラン	3,150円	※★ × ()名	円																																																
⑨理事長・施設長災害		別表Ⅳ Ⅰ型	40,000円	※★ × ()名	円																																																
		Ⅱ型	45,000円	※★ × ()名	円																																																
保険料振込(予定)日		年 月 日	合計保険料	円																																																	

ご 注 意

1. 申込書(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。
2. この保険契約には、ご加入後にご連絡いただくべき事項(通知義務等)があり、保険契約の重要な事項に関する説明書類に記載しています。また、補償内容等の詳細は普通保険約款・特別約款・特約において定めていますのでご確認ください。
3. ★印の項目は大切な項目です。訂正時には申込人(加入者)の訂正印(または訂正署名)をお願いします。
4. 制度⑥⑦において、この保険契約では、事故発生の際に保険契約に関する事項等について、損害保険会社等の間で確認することがあります。
5. 制度⑧⑨において、保険契約に関する事項等について、一般社団法人 日本損害保険協会に登録された損害保険会社等の間で共用することがあるほか、事故発生の際に損害保険会社等の間で確認することがあります。

該当する制度にご加入の場合のみご記入ください。

制度 ⑤ 1枚目裏面の告知書にご記入ください。

別表Ⅰ 制度 ⑥・⑦ 施設職員数申告書

政府労災加入の全従業員数 名 一部のみの除外はできません。 うち特別加入者(含む) 名

【特別加入者明細】

符号	氏 名	フリガナ	性 別	生年月日	職 務
1			男・女		
2			男・女		

別表Ⅱ 制度 ⑥・⑦ 総合リスク診断評価シート ※★

パンフレットP12の質問事項を参照のうえ、「はい」に該当する場合、回答欄に○をつけてください。

質 問	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
回答欄											
質 問	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	XⅢ
回答欄											

別表Ⅲ 制度 ⑧ 最高稼働人数申告書

以下の通りに相違ありません。

対象者の職務	対象者数	★最高稼働人数
	名	名

別表Ⅳ 制度 ⑨ 被保険者明細書

符号	氏 名	フリガナ	性 別	生年月日	職 務	加入タイプ	合計
1			男・女			<input type="radio"/> Ⅰ <input type="radio"/> Ⅱ	名
2			男・女			<input type="radio"/> Ⅰ <input type="radio"/> Ⅱ	
3			男・女			<input type="radio"/> Ⅰ <input type="radio"/> Ⅱ	

他の保険契約等のご確認

ご加入いただく各制度において、他の保険契約等、保険金請求歴について、以下の内容にご回答ください。

賠償責任	※	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。 (ありの場合は下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)				あり	↓		
	①保育施設賠償責任 (賠償責任保険)	会社名		保 険 金 額 支払限度額		万円			
	②エレベーター賠償責任 (昇降機賠償責任保険)	保険 種類		過去3年間に おける事故	あり	ありの場合	回		
見舞金	※★	同種の危険を補償する他の保険契約等(保険契約者がこの契約の申込人(保険契約者)と同一で、かつ被保険者がこの契約の被保険者と全員重複する、もしくはこの契約の被保険者全員が含まれる、団体総合生活補償保険、普通傷害保険等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。)がありますか。「あり」の場合は必ずご記入ください。 (ご記入のない場合は「なし」と回答したことになります。) (注)他の保険会社等における契約、生命保険契約、共済契約等を含みます。						あり	なし
	③保育施設事故見舞金 (学校契約団体傷害保険)	合計	死亡・後遺障害保険金額	入院保険金日額	通院保険金日額				
	④「民間保育園の子育て 支援事業」参加者傷害 (行事(レクリエーション)参加者傷害保険)		万円	円	円				
	保険金請求歴	過去3年以内にケガで 保険金(5万円以上)を 請求または受領したこと がありますか。 (注)他の保険会社等への 保険金請求を含みます。	あり	会社名	回数	合計金額	円		
身元信用	※	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。 (ありの場合は下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)						あり	↓
	⑤従業員等の不誠実行為 (身元信用保険)	会 社 名							
		保 険 種 類	支払限度額				万円		
労働災害	※	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。 (ありの場合は下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)						あり	↓
	⑥施設職員労災上乘せ (労働災害総合保険)	会社名							
	⑦使用者賠償責任 (労働災害総合保険)	満期日	令和 年 月 日	支払限度額			万円		
傷害	※★	同種の危険を補償する他の保険契約等(保険契約者がこの契約の申込人(加入者)と同一で、かつ被保険者がこの契約の被保険者と全員重複する、もしくはこの契約の被保険者の全員が含まれる、団体総合生活補償保険、普通傷害保険等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。)がありますか。「あり」の場合は必ずご記入ください。 (ご記入のない場合は「なし」と回答したことになります。) (注)他の保険会社等における契約、生命保険契約、共済契約等を含みます。						あり	なし
	⑧非常勤職員災害 (団体総合生活補償保険(標準型))	合計	傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額				
	⑨理事長・施設長災害 (団体総合生活補償保険(MS&AD型))		万円	円	円				
	保険金請求歴	過去3年以内にケガで 保険金(合計して5万円 以上)を請求または受領 したことがありますか。 (注:他の保険会社等への 保険金請求を含みます。)	あり	会社名	回数	合計金額	円		

⑤従業員の不誠実行為損害補償制度にご加入の方

(ご注意)★印の項目は、大切な項目です。訂正する場合は申込人(加入者)または被保険者の訂正印(または訂正署名)をお願いします。

身元信用保険 被保険者告知書									
告知書には事実を正確にご記入ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、告知内容が事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご記入ください。また、ご記入内容によってはお引受けをお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。									
この保険契約の普通保険約款およびセットされる特約の規定に基づき、以下のとおり告知します。									
※★	業種								
※★	従業員 (申込日時点)	全社員数		名	平均勤続 年数	5年 以下	10年 以下	10年 超	
※★	金銭等の出納 事務について	権限のある 部署・役職	金額の範囲	・	円まで				
・				円まで					
・				円まで					
・				円まで					
※★	被保証人	被保証人の 範囲	全従業員			合計人数	名		
※★	金銭・商品有価 証券の取扱	被保証人の1人、1日 当りの最大取扱金額	円		被保証人の手元に 滞留する期間	1日	5日 以内	5日 超	
※★	社内検査	(検査要員、検査頻度、検査方法、日常の入出金についてのチェック方法等をご記入下さい)							
※★	従業員に身元保証人*を立てることを求めていますか *身元保証に関する法律に基づき、従業員が 事業者に対して債務を負った場合に、その 債務を保証する第三者のことを指します。				□はい □いいえ				
※★	過去5年間の役員または従業員の不誠実行為 (窃盗・強盗・横領・詐欺・背任行為)				□あり(ありの場合は、ご加入いただけません。) □なし				
※★	過去の保険契約	1. 過去において身元信用保険の引受を拒絶されたことが			□あり □なし				
2. 過去3ヶ月間に身元信用保険金を受領したことが			□あり □なし						
3. 身元信用保険の前年度契約が			□あり □なし (ありの場合は、以下ご記入下さい)						
	保険会社								

保険契約に関する個人情報について、引受保険会社がこの保険引受の審査および履行等のために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含む)の利用目的は、法令等に従い、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します。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、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、一般社団法人 日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。詳細については、三井住友海上ホームページ(<https://www.ms-ins.com>)をご覧ください。

申込日

年 月 日

保険期間

2026年1月1日午後4時から2027年1月1日午後4時

（制度④⑤は2026年1月1日午前0時から2026年12月31日午後12時
制度③⑥は2025年12月31日午後4時から2026年12月31日午後4時）

中途加入補償開始日

年 月 日

申込人（加入者）

施設所在地

〒

（フリガナ）

※★施設名

（フリガナ）

★代表者役職・氏名

（フリガナ）

記名してください。（個人の場合はフルネームでご署名ください。）

施設長（法人代表者）印を
押印してください。

保険契約の重要な事項に
関する説明書類を受け取
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。また、「ご加入内
容確認事項」について確認
しました。

印

★法人名

（フリガナ）

施設コード

事業種類

T E L

F A X

担当者

E-mail

本メールアドレス宛にお役立ち情報の送付を希望
しますか？記入がない場合は「はい」となります。

（はい）（いいえ）

併設施設

（あり）

→

別紙明細書にご記入ください。

加入者証の送付先

〒

（所在地と異なる場合）

ご加入する制度に○印をして、該当制度にご記入ください。補償内容はパンフレットをご覧ください。

賠償責任

①保育施設賠償責任

基礎単位

総定員数

★

Ⅰ型

Ⅱ型

※★

()

名

円

②エレベーター賠償責任

基礎単位

台数

3,970円

※★

×

()

台

円

③保育施設事故見舞金

基礎単位

口数（最大5口）

年間平均在籍人数
※★被保険者数

★【加入プラン】

Ⅰ型

Ⅱ型

1,000円

×

()

口

×

()

名

円

Ⅱ型

500円

×

()

口

×

()

名

★＜申告内容＞

保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数（年間平均在籍人数）として次のとおり申告いたします。

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

4月

4/1

名

7月

7/1

名

10月

10/1

名

1月

1/1

名

5月

5/1

名

8月

8/1

名

11月

11/1

名

2月

2/1

名

6月

6/1

名

9月

9/1

名

12月

12/1

名

3月

3/1

名

申告対象期間

2024年4月1日より2025年3月31日まで

合計在籍人数

名

年間平均在籍人数

名

見舞金等

④「民間保育園の子育て支援事業」参加者傷害

基礎単位

年間延べ参加人数

口数（最大10口）

年間延べ参加人数
※★被保険者数

5円

×

()

口

×

()

名

円

（1円単位）

★＜申告内容＞

保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数（年間延べ参加人数）として次のとおり申告いたします。

開催月

回数

参加人数

開催月

回数

参加人数

開催月

回数

参加人数

開催月

回数

参加人数

開催月

回数

参加人数

4月

回

名

7月

回

名

10月

回

名

1月

回

名

5月

回

名

8月

回

名

11月

回

名

2月

回

名

6月

回

名

9月

回

名

12月

回

名

3月

回

名

申告対象期間

2024年4月1日より2025年3月31日まで

年間延べ回数

回

年間延べ参加人数

名

⑤従業員の不誠実行為

基礎単位

被保証人数

★

Ⅰ型

Ⅱ型

Ⅲ型

※★

×

()

名

円

⑥施設職員労災上乗せ

別表Ⅰ

職員数

⑥のみ加入

2,360円

※★

×

()

名

円

⑦使用者賠償責任

別表Ⅰ

職員数

⑦のみ加入

1,220円

※★

×

()

名

円

⑥⑦セットの場合

別表Ⅰ・Ⅱ

職員数

⑥⑦セットの場合

2,750円

※★

×

()

名

円

⑧非常勤職員災害

別表Ⅲ

職員数

標準プラン

6,300円

※★

×

()

名

円

スリムプラン

3,150円

※★

×

()

名

円

⑨理事長・施設長災害

別表Ⅳ

人数

Ⅰ型

40,000円

※★

×

()

名

円

Ⅱ型

45,000円

※★

×

()

名

円

保険料振込（予定）日

年 月 日

合計保険料

円

ご注意

1.申込書（付属書類を含みます。）には事実を正確にご回答（記入）ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答（記入）ください。
2.この保険契約には、ご加入後にご連絡いただくべき事項（通知義務等）があり、保険契約の重要な事項に関する説明書類に記載しています。
また、補償内容等の詳細は普通保険約款・特別約款・特約において定めていますのでご確認ください。
3.★印の項目は大切な項目です。訂正時には申込人（加入者）の訂正印（または訂正署名）をお願いします。
4.制度⑥⑦において、この保険契約では、事故発生の際に保険契約に関する事項等について、損害保険会社等の間で確認することがあります。
5.制度⑧⑨において、保険契約に関する事項等について、一般社団法人 日本損害保険協会に登録された損害保険会社等の間で共用することがあるほか、事故発生の際に損害保険会社等の間で確認することがあります。

該当する制度にご加入の場合のみご記入ください。

制度⑤

1枚目裏面の告知書にご記入ください。

別表Ⅰ

制度⑥・⑦

施設職員数申告書

政府労災加入の全従業員数

名

一部のみの除外は
できません。

うち特別加入者（含む）

名

【特別加入者明細】

符号

氏名

フリガナ

性別

生年月日

職務

1

男・女

2

男・女

別表Ⅱ

制度⑥・⑦

総合リスク診断評価シート ※★

パンフレットP12の質問事項を参照のうえ、「はい」に該当する場合、回答欄に○をつけてください。

質問

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

回答欄

質問

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

XⅢ

回答欄

別表Ⅲ

制度⑧

最高稼働人数申告書

以下の通りに相違ありません。

対象者の職務

対象者数

★最高稼働人数

名

名

別表Ⅳ

制度⑨

被保険者明細書

符号

氏名

フリガナ

性別

生年月日

職務

加入タイプ

合計

1

男・女

Ⅰ Ⅱ

2

男・女

Ⅰ Ⅱ

3

男・女

Ⅰ Ⅱ

名

3枚目は加入者控となりますので、切り取って保管ください。

代理店控

HASG66-2509

申込日

年 月 日

保険期間

2026年1月1日午後4時から2027年1月1日午後4時

(制度④⑤は2026年1月1日午前0時から2026年12月31日午後12時
制度③⑥は2025年12月31日午後4時から2026年12月31日午後4時)

中途加入補償開始日

年 月 日

申込人(加入者)

施設所在地

(フリガナ)

〒

施設長(法人代表者)印を
押印してください。

保険契約の重要な事項に
関する説明書類を受け取
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。また、「ご加入
内容確認事項」について確認
しました。

印

★法人名

(フリガナ)

事業種類

T E L

F A X

担当者

E-mail

本メールアドレス宛にお役立ち情報の送付を希望
しますか?記入がない場合は「はい」となります。

併 設 施 設

あり

別紙明細書にご記入ください。

加入者証の送付先

〒

(所在地と異なる場合)

ご加入する制度に○印をして、該当制度にご記入ください。補償内容はパンフレットをご覧ください。

賠償責任

①保育施設賠償責任

基礎単位

総定員数

★ I 型 II 型

※★ () 名

円

②エレベーター賠償責任

基礎単位

台数

3,970円

※★ × () 台

円

③保育施設事故見舞金

基礎単位

口数(最大5口)

年間平均在籍人数
※★被保険者数

★【加入プラン】 I 型 II 型

I 型 1,000円 × () 口

II 型 500円 × () 口

× () 名

円

★【申告内容】 保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数(年間平均在籍人数)として次のとおり申告いたします。

月	確認日	在籍人数	月	確認日	在籍人数	月	確認日	在籍人数	月	確認日	在籍人数
4月	4/1	名	7月	7/1	名	10月	10/1	名	1月	1/1	名
5月	5/1	名	8月	8/1	名	11月	11/1	名	2月	2/1	名
6月	6/1	名	9月	9/1	名	12月	12/1	名	3月	3/1	名

申告対象期間 2024年4月1日より2025年3月31日まで

合計在籍人数

名

年間平均在籍人数

名

見舞金等

④「民間保育園の子育て支援
事業」参加者傷害

基礎単位

年間延べ
参加人数

口数(最大10口)

年間延べ参加人数
※★被保険者数

5円 × () 口

× () 名

(1円単位)
円

★【申告内容】 保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数(年間延べ参加人数)として次のとおり申告いたします。

開催月	回数	参加人数	開催月	回数	参加人数	開催月	回数	参加人数	開催月	回数	参加人数
4月	回	名	7月	回	名	10月	回	名	1月	回	名
5月	回	名	8月	回	名	11月	回	名	2月	回	名
6月	回	名	9月	回	名	12月	回	名	3月	回	名

申告対象期間 2024年4月1日より2025年3月31日まで

年間延べ回数

回

年間延べ参加人数

名

従業員の不誠実行為

基礎単位

被保証人数

★ I 型 II 型 III 型

※★ × () 名

円

⑥施設職員労災上乗せ

別表 I

基礎単位

職員数

⑥のみ加入 2,360円

※★ × () 名

円

⑦使用者賠償責任

別表 I

基礎単位

職員数

⑦のみ加入 1,220円

※★ × () 名

円

⑥⑦セットの場合

別表 I・II

基礎単位

職員数

⑥⑦セット
の場合 2,750円

※★ × () 名

円

⑧非常勤職員災害

別表 III

基礎単位

職員数

標準プラン 6,300円

※★ × () 名

円

スリムプラン 3,150円

※★ × () 名

円

⑨理事長・施設長災害

別表 IV

基礎単位

人数

I 型 40,000円

※★ × () 名

円

II 型 45,000円

※★ × () 名

円

保険料振込
(予定)日

年 月 日

合計保険料

円

ご注意

1.申込書(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相
違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。
2.この保険契約には、ご加入後にご連絡いただくべき事項(通知義務等)があり、保険契約の重要な事項に関する説明書類に記載しています。
また、補償内容等の詳細は普通保険約款・特別約款・特約において定めていますのでご確認ください。
3.★印の項目は大切な項目です。訂正時には申込人(加入者)の訂正印(または訂正署名)をお願いします。
4.制度⑥⑦において、この保険契約では、事故発生の際に保険契約に関する事項等について、損害保険会社等の間で確認することがあります。
5.制度⑧⑨において、保険契約に関する事項等について、一般社団法人 日本損害保険協会に登録され損害保険会社等の間で共用することがあ
るほか、事故発生の際に損害保険会社等の間で確認することがあります。

該当する制度にご加入の場合のみご記入ください。

制度 ⑤

1枚目裏面の告知書にご記入ください。

別表 I

制度 ⑥・⑦

施設職員数申告書

政府労災加入の全従業員数 名

一部のみの除外は
できません。

うち特別加入者(含む) 名

【特別加入者明細】

符号	氏 名	フリガナ	性 別	生年月日	職 務
1			男・女		
2			男・女		

別表 II

制度 ⑥・⑦

総合リスク診断評価シート ※★

パンフレットP12の質問事項を参照のうえ、「はい」
に該当する場合、回答欄に○をつけてください。

質 問	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
回答欄											
質 問	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	XⅢ
回答欄											

別表 III

制度 ⑧

最高稼働人数申告書

以下の通りに相違ありません。

対象者の職務	対象者数	★最高稼働人数
	名	名

別表 IV

制度 ⑨

被保険者明細書

符号	氏 名	フリガナ	性 別	生年月日	職 務	加入タイプ	合計
1			男・女			Ⅰ Ⅱ	
2			男・女			Ⅰ Ⅱ	
3			男・女			Ⅰ Ⅱ	名

3枚目は加入者控となりますので、切り取って保管ください。

加入者控

HASG66-2509