

## 「社協の保険」「ふれあいサロン・社協行事傷害補償」異動通知書

社会福祉法人全国社会福祉協議会 御中

平成24年度

社協コード		社会福祉協議会	2枚目のみ 捺印
〒	—		
TEL		担当者名	

※異動内容ご記入の上、加入申込時の加入依頼書の写とともに1～2枚目を福祉保険サービスまでご送付ください。

下記の通り異動を通知します。

<input type="radio"/>	社協の保険	<input type="radio"/>	ふれあいサロン・社協行事傷害補償
-----------------------	-------	-----------------------	------------------

異動事項	異動内容			
<b>社協の保険</b>	<b>異動依頼日</b>	平成 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 住所・連絡先変更	<b>異動期間</b>	平成 年 月 日から平成25年3月31日まで( )ヵ月間		
<input type="checkbox"/> 人数変更 →プラン( )	<input type="radio"/> 追加保険料	円	払込日	年 月 日
<input type="checkbox"/> □数変更 →プラン( )	<input type="radio"/> 返れい金	円	払込票No.	122—
<input type="checkbox"/> プラン追加 →プラン( )	(ご注意)			
<input type="checkbox"/> 解約	<ul style="list-style-type: none"> <li>プラン2-①社協役員・職員の業務中の傷害補償については、Aタイプ・Bタイプとも、人数の増減に伴う保険料の追加・返れい手続きは不要です。</li> <li>ただし、Bタイプで補償対象範囲を拡大する場合、保険料は追加となります。</li> <li>プラン2-②感染症補償は、人数の増減に伴う保険料の追加・返れい手続きが必要です。</li> </ul>			
<input type="checkbox"/> その他の変更 ( )	計算式・変更内容など			
<b>ふれあいサロン・社協行事傷害補償</b>				
<input type="checkbox"/> 住所・連絡先変更				
<input type="checkbox"/> プラン変更( → )				
<input type="checkbox"/> 会場の変更( → )				
<input type="checkbox"/> 人数変更				
<input type="checkbox"/> 解約				
<input type="checkbox"/> その他の変更 ( )				

解約・返れいの場合は、下記に振込先をご記入ください。

<b>金融機関</b>	フリガナ	銀行 信金 農協 信託 信組 労金	フリガナ	本店 支店
	<input type="checkbox"/> 座種類	普通・当座	<input type="checkbox"/> 座番号	
<input type="checkbox"/> 座名義	フリガナ			
保険会社記入欄	異動受付日	平成 年 月 日	取扱代理店	福祉保険サービス (1012037)
	担当営業課支社		入金確認	年 月 日

## 「社協の保険」「ふれあいサロン・社協行事傷害補償」異動通知書

社会福祉法人全国社会福祉協議会 御中

平成24年度

社協コード		社会福祉協議会	印
〒	—		
TEL		担当者名	

※異動内容ご記入の上、加入申込時の加入依頼書の写とともに1～2枚目を福祉保険サービスまでご送付ください。

下記の通り異動を通知します。

<input type="checkbox"/>	社協の保険	<input type="checkbox"/>	ふれあいサロン・社協行事傷害補償
--------------------------	-------	--------------------------	------------------

異動事項	異動内容		
<b>社協の保険</b>	<b>異動依頼日</b>	平成 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 住所・連絡先変更	<b>異動期間</b>	平成 年 月 日から平成25年3月31日まで( )ヵ月間	
<input type="checkbox"/> 人数変更 →プラン( )	<input type="checkbox"/> 追加保険料	円	払込日 年 月 日
<input type="checkbox"/> □数変更 →プラン( )	<input type="checkbox"/> 返れい金	円	払込票No. 122-
<input type="checkbox"/> プラン追加 →プラン( )	(ご注意)		
<input type="checkbox"/> 解約	<ul style="list-style-type: none"> <li>●プラン2-①社協役員・職員の業務中の傷害補償については、Aタイプ・Bタイプとも、人数の増減に伴う保険料の追加・返れい手続きは不要です。</li> <li>ただし、Bタイプで補償対象範囲を拡大する場合、保険料は追加となります。</li> <li>●プラン2-②感染症補償は、人数の増減に伴う保険料の追加・返れい手続きが必要です。</li> </ul>		
<input type="checkbox"/> その他の変更 ( )	計算式・変更内容など		
<b>ふれあいサロン・社協行事傷害補償</b>			
<input type="checkbox"/> 住所・連絡先変更			
<input type="checkbox"/> プラン変更( → )			
<input type="checkbox"/> 会場の変更( → )			
<input type="checkbox"/> 人数変更			
<input type="checkbox"/> 解約			
<input type="checkbox"/> その他の変更 ( )			

解約・返れいの場合は、下記に振込先をご記入ください。

金融機関	フリガナ	銀行 信金 農協 信託 信組 労金	フリガナ	本店 支店
	<input type="checkbox"/> 座種類	普通・当座	<input type="checkbox"/> 座番号	
<input type="checkbox"/> 座名義	フリガナ			
保険会社記入欄	異動受付日	平成 年 月 日	取扱代理店	福祉保険サービス (1012037)
	担当営業課支社		入金確認	年 月 日

## 「社協の保険」「ふれあいサロン・社協行事傷害補償」異動通知書

社会福祉法人全国社会福祉協議会 御中

平成24年度

社協コード		社会福祉協議会	X
〒	—		
TEL		担当者名	

※異動内容ご記入の上、加入申込時の加入依頼書の写とともに1～2枚目を福祉保険サービスまでご送付ください。

下記の通り異動を通知します。

<input type="checkbox"/>	社協の保険	<input type="checkbox"/>	ふれあいサロン・社協行事傷害補償
--------------------------	-------	--------------------------	------------------

異動事項	異動内容			
<b>社協の保険</b>	<b>異動依頼日</b>	平成 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 住所・連絡先変更	<b>異動期間</b>	平成 年 月 日から平成25年3月31日まで( )ヵ月間		
<input type="checkbox"/> 人数変更 →プラン( )	<input type="checkbox"/> 追加保険料	円	払込日	年 月 日
<input type="checkbox"/> □数変更 →プラン( )	<input type="checkbox"/> 返れい金	円	払込票No.	122-
<input type="checkbox"/> プラン追加 →プラン( )	(ご注意)			
<input type="checkbox"/> 解約	<ul style="list-style-type: none"> <li>プラン2-①社協役員・職員の業務中の傷害補償については、Aタイプ・Bタイプとも、人数の増減に伴う保険料の追加・返れい手続きは不要です。</li> <li>ただし、Bタイプで補償対象範囲を拡大する場合、保険料は追加となります。</li> <li>プラン2-②感染症補償は、人数の増減に伴う保険料の追加・返れい手続きが必要です。</li> </ul>			
<input type="checkbox"/> その他の変更 ( )	計算式・変更内容など			
<b>ふれあいサロン・社協行事傷害補償</b>				
<input type="checkbox"/> 住所・連絡先変更				
<input type="checkbox"/> プラン変更( → )				
<input type="checkbox"/> 会場の変更( → )				
<input type="checkbox"/> 人数変更				
<input type="checkbox"/> 解約				
<input type="checkbox"/> その他の変更 ( )				

解約・返れいの場合は、下記に振込先をご記入ください。

金融機関	フリガナ	銀行 信金 農協 信託 信組 労金	フリガナ	本店 支店
	<input type="checkbox"/> 座種類	普通・当座	<input type="checkbox"/> 座番号	
<input type="checkbox"/> 座名義	フリガナ			
保険会社記入欄	異動受付日	平成 年 月 日	取扱代理店	福祉保険サービス (1012037)
	担当営業課支社		入金確認	年 月 日