

「福祉専門職保険」 被保険者名簿

■保険期間 年間契約の場合： 2020年 3月 31日 午後4時～2021年3月31日午後4時

中途契約の場合： 年 月 1日 午前0時～2021年3月31日午後4時

法人名(または施設名)： _____

No.	▲氏名	フリガナ	▲住所	生年月日	△職業・職務 (該当するものにチェック)
				性別	
1			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
				男・女	
2			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
				男・女	
3			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
				男・女	
4			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
				男・女	
5			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
				男・女	
6			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
				男・女	
7			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
				男・女	
8			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
				男・女	
9			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
				男・女	
10			〒	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
				男・女	

▲または△が付された事項は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。告知していただいた内容が事実と違っていた場合または告知しただけなかった場合は告知義務違反としてご契約が解除されることがありますのでご注意ください。△が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅延なく取扱代理店または弊社までご連絡ください。