



「学童クラブ職員保険」 保険契約申込書（事業者契約用）

当事業者の職員のうち別添の名簿に記載の者を被保険者として、貴社の「学童クラブ職員保険」保険契約を申し込みます。
なお、保険申し込みにあたっては、以下の点について確認いたしました。

- ・パンフレットに記載の「補償内容」、「重要事項説明書」並びに「個人情報の取り扱いに関するご案内」
- ・別添の被保険者についての告知事項
- ・本商品が希望に沿った商品であること

【契約者についての記入欄】（太枠内にご記入ください。）

申込日（ご記入日）：西暦 年 月 日

△ 事業者名 ※個人事業主の場合は施設名	フリガナ：		
事業者の代表者 役職・氏名 ※個人事業主の場合は事業主名	フリガナ：	印	
事業者の住所・電話 ※個人事業主の場合は事業主の住所	〒	TEL：	— —
ご契約に関する 書類送付・ご連絡先等	送付先 住所・施設名	☐ 送付先は事業者の住所と同じ 〒 TEL： — — (内線)	
	フリガナ		
	担当者氏名	部署名	
	メールアドレス		

【被保険者（補償の対象となる方）についての記入欄】（太枠内にご記入ください。）

被保険者の人数	_____人	被保険者名簿	別添の通り ※同封の名簿項目を満たしていれば、独自書式も可
---------	--------	--------	----------------------------------

△が付された事項に内容の変更が生じた場合には、メディカル少額短期保険までご連絡ください。

【始期日別 1 名あたりの保険料】 別添の保険料表をご参照ください。

【契約内容】（太枠内にご記入ください。）

保険期間	* いずれかに ☒ を入れ、中途契約の場合は下線部にご記入ください。 ☐ 西暦 2025 年 4 月 1 日午後 4 時～ 2026 年 4 月 1 日午後 4 時まで ☐ 西暦 _____ 年 _____ 月 1 日午後 4 時～ 2026 年 4 月 1 日午後 4 時まで		
年間保険料	1 名あたり 2,400 円	契約保険料	* 1 名あたりの保険料は保険料表をご参照ください。 1 名あたり _____ 円 × _____ 人 = _____ 円
保険料の お支払い方法	☐ 口座振替 → 口座振替依頼書の提出が必要です。 ☐ 銀行振込 → 請求書に基づいてお振込みください。		
申込書類 締切日	契約月の前月 25 日必着		

【補償項目と保険金額】

補償項目		保険金額
職業賠償責任保険 (医療・福祉専門職特約付帯)	① 対人事故、人格権侵害、個人情報漏えい、第三者への経済的損失 ② 対物事故、受託物の損壊・紛失・盗取・詐取	800 万円 (ただし、左記②は 20 万円限度)
トラブル解決費用特約	トラブル解決のための弁護士等の相談費用等	10 万円
感染症検査費用特約	業務中の感染事故による検査費用	2 万円限度
感染症保険	死亡	60 万円
	入院・通院・自宅待機	日数に応じて 7 千円～ 5 万円*

* 「新型コロナウイルス感染症」罹患時の通院・自宅待機見舞金は、不担保です。

「こども支援者保険」 被保険者名簿

■保険期間 年 月 1日～保険終期日

△法人名(または施設名):

	▲氏名	フリガナ	▲住所	生年月日	△職業・職務
				性別	
1			〒	年 月 日	☐ 保育教諭 ☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() ☐ 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男 ・ 女	
2			〒	年 月 日	☐ 保育教諭 ☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() ☐ 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男 ・ 女	
3			〒	年 月 日	☐ 保育教諭 ☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() ☐ 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男 ・ 女	
4			〒	年 月 日	☐ 保育教諭 ☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() ☐ 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男 ・ 女	
5			〒	年 月 日	☐ 保育教諭 ☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() ☐ 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男 ・ 女	
6			〒	年 月 日	☐ 保育教諭 ☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() ☐ 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男 ・ 女	
7			〒	年 月 日	☐ 保育教諭 ☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() ☐ 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男 ・ 女	
8			〒	年 月 日	☐ 保育教諭 ☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() ☐ 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男 ・ 女	
9			〒	年 月 日	☐ 保育教諭 ☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() ☐ 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				男 ・ 女	
10			〒	年 月 日	☐ 保育教諭 ☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育所・幼稚園に勤務するその他の 医療・福祉系専門資格() ☐ 前記資格者の業務補助者(事務職等を含みます)
				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。
※書ききれない場合は、コピーをとってお使いください。名簿はエクセルでご提出いただくことも可能です。必要な方はエクセルのフォーマットをお送りいたしますのでお申し付けください。



メディカル少額短期保険(株) 口座振替依頼書

■個人契約の場合→A欄・B欄にご記入ください。

■法人契約の場合→A欄のみご記入ください。

A 欄	フリガナ			
	ご契約者名			
B 欄	性別 (男・女)	生年月日	西暦	年 月 日

*ご契約者名は社版でも結構です。

預金口座振替規定 (ゆうちょ銀行は除く)

- 貴行(金庫、組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落としのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものと扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。＜ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。詳しくは、ゆうちょ銀行のホームページをご覧ください。＞

切り取らないでください！ 金融機関持ち込み不要！

金融機関
提出用

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収加)

加入者及び預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)を収納代行会社として、上記の預金口座振替規定に同意のうえ、口座振替を依頼します。

金融機関使用事項
(不備返却事由)

銀 行 農協 信用金庫 信用組合 労働金庫 御中		新規 2 変更 3		2 3 2 8 2 0 年 月 日 2 7 6 0 0 0 0 0 1 8 6 9			
番号	申込日		令和 年 月 日	収納代行会社	明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)	捨印	
左づめでご記入ください。		(ゆうちょ銀行は捨印不要)					
指 定 口 座	銀 行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農 協・漁 協		本店 出張所	金融機関番号	店舗番号	預金種目	口座番号(右づめでご記入ください)
	ゆうちょ銀行					普通(総合) 1 当 座 2	
	種目コード		契約種別 コード	記号(6桁目がある場合は※にご記入ください)		番 号 (右づめでご記入ください)	
	1 6 6 3 0 9 9 0 0			1 0 ※			
払込先口座番号		00140-5-120363	払込先加入者名		明治安田収納ビジネスサービス株式会社	払込金の種別	集金 30
カナ預金者名							
預金者名				金融機関 お届け印 (サイン)		振替日・払込日 27日 (当日が休業日の場合は翌営業日)	

1 預金取引なし	3 印鑑相違
2 記載事項等相違	4 印鑑不鮮明
ア. 店名	5 該当口座なし
イ. 預金種目	6 口座解約済
ウ. 口座番号	7 その他
エ. 口座名義	事由
オ. 金融機関番号・店舗番号	

(お願い) この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印を付けて明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。
(〒135-8385 東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階 TEL 03-3615-3125)

検 印

印鑑照合

受付印
取扱店日附印

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。

郵送用宛名

下記「郵送用」宛名を切り取り、お手持ちの定型封筒＊に貼り、
各種加入依頼書や申込書、事故報告書等のご返送の際にお使いください。

＊長形３号サイズ：長辺 14cm ～ 23.5cm ・ 短辺 9cm ～ 12cm

- ①キリトリ線で下記宛名部分を切り取ってください。
- ②切り取った宛名をお手持ちの定型封筒に剥がれないよう、しっかりと糊で貼り付けてください。
ホチキス・クリップ・セロテープ等は使用しないでください。
- ③A4 用紙に拡大・縮小、サイズ変更をしないで印刷をしてください。
- ④書類をお送りいただく場合に限定してご利用ください。また第三者への譲渡を禁止します。
- ⑤利用希望者に、宛名ラベルの印刷を委託します。

キリトリ

料金受取人私郵便

晴海局承認

5016

差出有効期間
2026年12月
31日まで
切手をはらずに
お出ください

1048782
定形郵便物 955

東京都中央区新川 2-22-2
新川佐野ビル 4F

メディカル少額短期保険株式会社 行

|||||

キリトリ

★ご注意★

この宛名を使用する場合、弊社に到着するまで 2 ～ 3 日を要しますので
お急ぎの際は、切手を貼ってご投函ください。