2024年度

個人申込用

Willnext「福祉専門職向け賠償責任保険」記入例

加入依頼書

記入日	西暦 2024 年 6 月 1 日	生年月日	西暦 2000 年 10 月 1 日
フリガナ	イ リョウ　イチ ロウ		
☆加入者(被保険者)氏名	署名(自署) 医療　一郎 上記「ご加入時の確認事項」を確認の上、契約者である団体に対して加入を依頼します。一般社団法人日本看護学校協議会共済会の会員でない場合には、同会に入会することを申し込みます。		
加入者(被保険者)住所・電話	〒 1 0 4 - 0 0 3 3　自宅・携帯　TEL(○△□ - 0000 - 1111) 東京都中央区新川 2-22-2		
メールアドレス	○○○○○○○ @ △△△.□□□ ※携帯のアドレスを登録される場合は、willnext@medic-office.co.jp からのメールを受信できるように設定ください。		
所属施設名	○○○病院　TEL(03 - 0000 - 2222)		

日中の連絡先	いずれかに☑を入れてください　□上記所属施設　☑上記自宅・携帯　□上記メールアドレス
加入者の専門職名	☑介護福祉士　□社会福祉士　□精神保健福祉士　□介護支援専門員 ※上記以外の専門職の方は、お引き受け対象となりません。

★どちらかに○を付けてください(告知事項申告欄)			
	他の同種の保険契約等(※)がありますか。 (※)他の保険契約の全部または一部に対して支払い責任が同じである他の保険契約をいいます。	はい / (いいえ)	会社名: 保険等の種類: 満期日: 支払限度額:
	本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか(過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます)。	はい / (いいえ)	※左記のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入
	本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか(過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます)。	はい / (いいえ)	

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。【福祉専門職賠償責任保険の場合】ご加入後に加入依頼書に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合は、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできないことがあります。また変更の内容によってご契約を解除することがあります。【受託者賠償責任保険の場合】ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合は、遅滞なくご加入の取扱代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、ご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。

ご希望の補償開始日にチェックを入れてください。ただし、補償開始日の前月25日までに加入書類のご提出が必要です。

※福祉専門職向け賠償責任保険については、補償期間中の途中脱退はできませんので、予めご了承ください。

※本書の到着が加入書類締切日を過ぎた場合には、翌月のご加入となります。

補償開始日	加入期間	掛金	加入書類締切日
☑ 2024年 3月31日から加入	12ヶ月	3,440円	2024年 3月25日必着
□ 2024年 5月 1日から加入	11ヶ月	3,240円	2024年 4月25日必着
□ 2024年 6月 1日から加入	10ヶ月	3,030円	2024年 5月25日必着
□ 2024年 7月 1日から加入	9ヶ月	2,820円	2024年 6月25日必着
□ 2024年 8月 1日から加入	8ヶ月	2,590円	2024年 7月25日必着
□ 2024年 9月 1日から加入	7ヶ月	2,390円	2024年 8月25日必着
□ 2024年10月 1日から加入	6ヶ月	2,180円	2024年 9月25日必着
□ 2024年11月 1日から加入	5ヶ月	1,970円	2024年10月25日必着
□ 2024年12月 1日から加入	4ヶ月	1,760円	2024年11月25日必着
□ 2025年 1月 1日から加入	3ヶ月	1,560円	2024年12月25日必着
□ 2025年 2月 1日から加入	2ヶ月	1,340円	2025年 1月25日必着
□ 2025年 3月 1日から加入	1ヶ月	1,140円	2025年 2月25日必着

＊補償終了日は、いずれの場合も2025年3月31日午後4時です。

＊上記掛金には、一般社団法人日本看護学校協議会共済会の年会費100円と共済制度運営費810円が含まれます。

裏面もご覧ください。

口座振替依頼書

※ ご捺印いただいた印が下記のような場合は、不鮮明のため口座をご登録できない場合がございますので、捺印に失敗した場合は、余白に再度ご捺印をお願いします。

良い例	悪い例					
鮮明	にじみ	かすれ	薄い	ブレ	重なり	複数印

個人口座・法人口座のどちらをご登録の場合も「加入者氏名」は必ずご記入ください。

フリガナ	イ リョウ　イチ ロウ	性別	（男　女）
加入者氏名	医療　一郎	生年月日（西暦）	1995 年 10 月 1 日

■個人口座をご登録の場合

フリガナ	トウキョウトチュウ オウクシンカワ
加入者住所	〒104 － 0033 東京都中央区新川 2−22−2 電話番号：○△□ － 0000 － 1111

■法人口座をご登録の場合

フリガナ	
法人名＋施設長名	

＊法人名、施設長名は社版でも結構です。

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（㊑㊎）

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。

新規 2　変更 3

銀行　農協　信用金庫　漁協　信用組合　労働金庫　御中

2 3 2 8 2 0　年　月　日　2 7 6 0 0 0 0 0 1 6 2 7

番号（左づめでご記入ください。）

申込日　令和 6 年 3 月 1 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)

（ゆうちょ銀行は捺印不要）

金融機関お届け印（訂正印もお届け印をご捺印ください。）

ゆうちょ銀行以外はコチラにご記入ください。

指定口座						
みずほ　銀行・労働金庫・信用金庫・信用組合・農協・漁協	丸の内中央　本店・支店・出張所	金融機関番号 0001	店舗番号 004	預金種目 普通(総合) 1　当座 2	口座番号（右づめでご記入ください） 0123456	
ゆうちょ銀行	種目コード 16630 / 9900	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） 1 □□□ 0 ※	番号（右づめでご記入ください）		
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	イリョウ　イチロウ					
預金者名	医療　一郎	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）		

ゆうちょ銀行はコチラにご記入ください。

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

金融機関にお届けの口座名義人名をご記入ください。口座名義人名に肩書きが記載されている場合は、肩書きもご記入ください。

もう一度ご確認を！
金融機関お届け印で
はっきりとご捺印ください。

ゆうちょ銀行の場合は、
記号番号を必ずご記入ください。
（例）番号が
4321（7桁以下）のとき
前“0”を記入
00004321

金融機関使用事項

金融機関番号	不備返却事由	
	1 預金取引なし	3 印鑑相違
	2 記載事項等相違 ア. 金融機関番号 イ. 店名 ウ. 店番 エ. 預金種目 オ. 口座番号 カ. 口座名義 [字体相違、代表者名漏れを含む]	4 印鑑不鮮明 5 該当口座なし 6 口座解約済 7 その他事由

（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

ご確認ください

ネットバンク、印鑑レス口座等、印鑑による本人確認が取れない口座をご利用の場合は、メールやWEBページ等で金融機関から本人確認が行われます。認証方法等については金融機関ごとに異なりますので、事前にご確認ください。