



入会申込書 兼

Willnext「看護職向け賠償責任保険」加入依頼書

ご加入時の確認事項

共済会員 No.

- ・私は、保険契約者である一般社団法人日本看護学校協議会共済会の会員であること。
- ・私は、パンフレットに記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容に同意していること。

※太枠に必要事項をご記入ください

| | | | | | | | | | |
|----------------|--|---|-------------------------------|----------------------------------|---|----|------------------------------------|---|---|
| 記入日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| ☆加入者(被保険者)氏名 | 署名(自署) | | | | | | | | |
| 加入者(被保険者)住所・電話 | 〒 | | □□□□ | □□□□ | 自宅・携帯TEL(- -) | | | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | | | |
| 所属名 | 株式会社スーパース | | | | スーパース スタッフID | | | | |
| 日中の連絡先 | いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください | | | <input type="checkbox"/> 上記自宅・携帯 | | | <input type="checkbox"/> 上記メールアドレス | | |
| ご加入プラン | <input type="checkbox"/> Aプラン | | <input type="checkbox"/> Bプラン | | (ご加入されるプランにチェックを入れてください) ※加入プランにチェックがない場合は、Aプランでお手続きさせていただきます。 | | | | |

| | | | |
|-------------------------------------|---|-----------|-----------------------------------|
| ★ どちらかに○を 付けて下さい (告知事項申告欄) | 他の同種の保険契約等(※)がありますか。 (※)ご加入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。
 【看護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(告知事項)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(告知事項)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。

※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。

| 補償開始日 | 加入期間 | 掛金 | | 加入書類締切日 |
|---|------|--------|--------|---------------|
| | | Aプラン | Bプラン | |
| <input type="checkbox"/> 2024年3月31日から加入 | 12ヶ月 | 2,980円 | 3,440円 | 2024年3月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年5月1日から加入 | 11ヶ月 | 2,820円 | 3,230円 | 2024年4月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年6月1日から加入 | 10ヶ月 | 2,650円 | 3,040円 | 2024年5月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年7月1日から加入 | 9ヶ月 | 2,470円 | 2,810円 | 2024年6月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年8月1日から加入 | 8ヶ月 | 2,290円 | 2,590円 | 2024年7月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年9月1日から加入 | 7ヶ月 | 2,130円 | 2,390円 | 2024年8月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年10月1日から加入 | 6ヶ月 | 1,970円 | 2,190円 | 2024年9月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年11月1日から加入 | 5ヶ月 | 1,760円 | 1,960円 | 2024年10月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年12月1日から加入 | 4ヶ月 | 1,600円 | 1,760円 | 2024年11月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2025年1月1日から加入 | 3ヶ月 | 1,430円 | 1,550円 | 2024年12月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2025年2月1日から加入 | 2ヶ月 | 1,270円 | 1,350円 | 2025年1月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2025年3月1日から加入 | 1ヶ月 | 1,090円 | 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。

Willnext 口座振替依頼書

| | |
|-------|-----------------|
| フリガナ | 性 別 (男 女) |
| 加入者氏名 | 生年月日 (西暦) 年 月 日 |

■個人口座をご登録の場合

| | |
|-------|-----------|
| フリガナ | 〒 - |
| 加入者住所 | 電話番号： - - |

■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。

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。>

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。

| | | | | | |
|---------------|--------------------------------------|---------------|---|-------------------|-------------------------|
| | 銀 行 農協 信用金庫 漁協 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 6 2 7 | | |
| 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) |
| (ゆうちょ銀行は捨印不要) | | | | | |
| 指 定 口 座 | 銀行・労働金庫 | 本店 | 金融機関番号 | 店舗番号 | 預金種目 |
| | 信用金庫・信用組合 | 支 | | | 普通(総合) 1 |
| | 農 協・漁 協 | 出張所 | | | 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 (右つめでご記入ください) | |
| ゆうちょ銀行 | 1 6 6 3 0 | 1 | 0 | | |
| 9 9 0 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) |

金融機関使用事項

| 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 | 4 印鑑不鮮明 |
| ア. 金融機関番号 | 5 該当口座なし |
| イ. 店名 | 6 口座解約済 |
| ウ. 店番 | 7 その他事由 |
| エ. 預金種目 | |
| オ. 口座番号 | |
| カ. 口座名義 | |
| <small>[印押印、代表者名捺印を含む]</small> | |

(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。

Willnext「看護職向け賠償責任保険」記入例

加入依頼書

スーパーナース
専用

| | | | |
|----------------------|--|-------------------|--------------------|
| 記入日 | 西暦 2024 年 3 月 1 日 | 生年月日 | 西暦 1995 年 10 月 1 日 |
| フリガナ | カンゴ ハナコ | | |
| ☆ 加入者(被保険者) 氏名 | 署名(自署) 看護 花子 <small>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。</small> | | |
| 加入者(被保険者) 住所・電話 | 〒 104-0033 自宅・携帯TEL(090 - 0000 - 1111) 東京都中央区新川 2-22-2 | | |
| メールアドレス | ○○○○○○○○ @ △△△.□□□ <small>※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。</small> | | |
| 所属名 | 株式会社スーパーナース | スーパーナース スタッフID | ○○○○○○ |
| 日中の連絡先 | <input type="checkbox"/> いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください <input checked="" type="checkbox"/> 上記自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 上記メールアドレス | | |
| ご加入プラン | <input checked="" type="checkbox"/> Aプラン <input type="checkbox"/> Bプラン (ご加入されるプランにチェックを入れてください) <small>※加入プランにチェックがない場合は、Aプランでお手続きさせていただきます。</small> | | |

ご加入プランに✓がない場合は、
Aプランで登録させていただきます。

| | | | |
|-------------------------------------|--|-----------|-----------------------------------|
| ★ どちらかに○を 付けて下さい (告知事項申告欄) | 他の同種の保険契約等(※)がありますか。 (※)ご加入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 | |

| 補償開始日 | 加入期間 | 掛金 | | 加入書類締切日 |
|--|------|--------|--------|---------------|
| | | Aプラン | Bプラン | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2024年3月31日から加入 | 12ヶ月 | 2,980円 | 3,440円 | 2024年3月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年5月1日から加入 | 11ヶ月 | 2,820円 | 3,230円 | 2024年4月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年6月1日から加入 | 10ヶ月 | 2,650円 | 3,040円 | 2024年5月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年7月1日から加入 | 9ヶ月 | 2,470円 | 2,810円 | 2024年6月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年8月1日から加入 | 8ヶ月 | 2,290円 | 2,590円 | 2024年7月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年9月1日から加入 | 7ヶ月 | 2,130円 | 2,390円 | 2024年8月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年10月1日から加入 | 6ヶ月 | 1,970円 | 2,190円 | 2024年9月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年11月1日から加入 | 5ヶ月 | 1,760円 | 1,960円 | 2024年10月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年12月1日から加入 | 4ヶ月 | 1,600円 | 1,760円 | 2024年11月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2025年1月1日から加入 | 3ヶ月 | 1,430円 | 1,550円 | 2024年12月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2025年2月1日から加入 | 2ヶ月 | 1,270円 | 1,350円 | 2025年1月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2025年3月1日から加入 | 1ヶ月 | 1,090円 | 1,140円 | 2025年2月25日必着 |

補償開始日に必ずを入れてください。

* 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。



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 | カンゴ ハナコ | 性別 | (男 女) |
| 加入者氏名 | 看護 花子 | 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 2-22-2 |
| 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 (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。

ゆうちょ銀行以外はコチラにご記入ください。

ゆうちょ銀行はコチラにご記入ください。

新規2 変更3

みずほ 銀行 農協 漁協 信用金庫 信用組合 労働金庫 御中

232820 年 月 日 2760000001627

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)

金融機関使用事項

| | |
|-----------|----------|
| 1 預金取引なし | 2 印鑑相違 |
| 3 記載事項等相違 | 4 印鑑不鮮明 |
| 5 金融機関番号 | 6 振当口座なし |
| 7 口座解約済 | 8 その他 |
| 9 その他 | 10 その他 |

金融機関番号 00001004 口座番号 0123456

指 定 ゆうちょ銀行 16630 9900 10

口座 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 カンゴ ハナコ

預金者名 看護 花子

金融機関お届け印 (サイン) 看護

振替日・払込日 27日 (当日が休業日の場合は翌営業日)

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

必ず金融機関にお届けの口座名義人名をご記入ください。

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。

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。

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。