

損害保険ジャパン株式会社(保険金サービス課) 御中

※都道府県別に送付先が異なります。パンフレットまたは手引きをご覧ください。

※加入証または加入依頼書の加入者控および名簿などを合わせてFAXまたはP108記載の都道府県別担当保険サービス課宛にご送付ください。

受付社協名	社協コード	4	4	2	0	1	1	大分市 社会福祉協議会			
連絡先	()						担当者名				
加入プラン	① ボランティア活動保険 (基本)・(天災・地震補償) ⑤ 社協の保険 ② ボランティア行事用保険 (A)・(B)・(C) (プラン名) ③ 福祉サービス総合補償 (A)・(B)・(C) ⑥ ふれあいサロン・社協行事傷害補償 (A)・(B) ④ 送迎サービス補償 (A)・(B)										
加入申込人	団体・グループ名 個人加入の場合は氏名	(フリガナ) オオイタラグビースクール 大分ラグビースクール						担当者名	(フリガナ) ナカツル タカユキ 中津留 孝幸		
	住所	(〒 870 - 0815) 大分市南春日町6-45-106						連絡先	090 (1877) 4666 受付社協に同じ		
活動(行事)の内容		(ボランティア活動保険・ボランティア行事用保険・福祉サービス総合補償の場合ご記入ください。) ラグビースクールでの指導(無償のボランティア活動) (活動中)・(往復途上)									
保険期間		令和7年 4月 5日から 令和8年 3月 31日									
事故日時(いつ)		年 月 日() 午前 午後 時 分頃									
傷害・感染・事故の場合	受傷者名	氏名	(フリガナ) _____						性別	男・女	
		住所	(フリガナ) _____ (〒 -)						生年月日	年 月 日	
	受傷内容	部位	程度	事故原因・状況 (どのような) (詳細を簡潔にご記入ください)						症状	骨折・捻挫・打撲 切り傷・火傷 その他 ()
				入院の有無 ☐ なし(通院のみ) ☐ あり ↓以下の項目についてもわかる範囲でご記入ください。(見込) 入院期間 / / ~ / / 手術有無 ☐ なし ☐ あり → ありの場合手術名()							
				入院の有無 ☐ なし(通院のみ) ☐ あり ↓以下の項目についてもわかる範囲でご記入ください。(見込) 入院期間 / / ~ / / 手術有無 ☐ なし ☐ あり → ありの場合手術名()							
	病院名		TEL ()								
賠償事故の場合	被害者名	(フリガナ) _____						修理費見込 (財物損壊の場合)			
	損害の状況 (詳細をご記入ください)										
保険金請求書類送付先	☐ 加入申込人と同じ ☐ 受傷者と同じ ☐ その他(下欄にご記入ください)										
	住所	(フリガナ) _____ (〒 -)									
	宛名							TEL	()		
その他連絡事項											

〈保険会社使用欄〉

契約者名	社会福祉法人全国社会福祉協議会	取扱代理店	福祉保険サービス(J9116)
------	-----------------	-------	-----------------