

郵便局からのご送金と併せて、本申込票をFAXください。

別送用

FAX 送信先：03-5366-2993

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 事務局 宛

公益社団法人日本精神保健福祉士協会
精神保健福祉士賠償責任保険 団体契約加入申込票 2024 年度

公益社団法人日本精神保健福祉士協会の精神保健福祉士賠償責任保険（賠償責任保険普通保険約款に精神保健福祉士特別約款をセットした職業賠償責任保険）の補償内容を了承します。
また、重要事項のご説明を確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

加入申込日	年 月 日		
加入者氏名カナ			
加入者氏名漢字	㊦		
生年月日	(西暦)	年 月 日	
年齢	才	性別	男性 ・ 女性
住所	〒 ー		
電話番号			
日本精神保健福祉士協会 会員番号			
保険期間	20 年 月 1 日午後 4 時 [◎] ～2025 年 11 月 1 日午後 4 時まで [◎] 中途加入の場合は午前 0 時となります (注)加入月毎に締切日がありますので、パンフレットを参照してください。		
保険料	円 (パンフレットを参照してください)		
※告知事項	本保険と補償が重複する他の保険契約等に加入していますか？ →有りの場合は下記にご記入ください。 ご記入がない場合「なし」と回答したことになります。 ※本項目については、ご加入時に事実を正確にお申し出いただく義務（告知義務）があります。故意や重大な過失により、お申し出いただけなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なっている場合には、ご契約が解除されたり、保険金をお支払できないことがあります。ご加入に際して、今一度お確かめください。		
	会社名	支払限度額	保険種類
			満期日 年 月 日

この保険は公益社団法人日本精神保健福祉士協会を保険契約者とし、正会員を加入者とする賠償責任保険普通保険約款に精神保健福祉士特別約款をセットした職業賠償責任保険の団体契約です。
ご加入にあたっては必ず「パンフレット（「精神保健福祉士賠償責任保険」のご案内）」「重要事項のご説明 契約概要のご説明・注意喚起情報のご説明」をご覧ください。また、詳しくは「普通保険約款・特別約款・特約集」をご用意していますので、取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。ご不明な点につきましては、取扱代理店または引受保険会社にお問合わせください。

<引受保険会社> あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
広域法人開発部 営業課
TEL：050-3460-8162 FAX：03-6734-9609

<取扱代理店> 株式会社 アライブ
TEL：03-3479-4334 FAX：03-3479-5322

(2024 年 8 月承認) A24-101496