

(常勤役員用)

添付資料①-1

常勤役員災害補償規程

第1条

当法人は、常勤役員が急激かつ偶然な外来の事故によって傷害を被った場合、本法人を加入者とする傷害保険契約により、この規程に定める災害補償金を支給する。

第2条

当該保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限は、被保険者である常勤役員から法人に授与されるものとする。法人が受け取った保険金は、災害補償金として全額被保険者へ給付するものとする。

第3条

本規程による災害補償金の支給額は、次の通りとする。

- ①死亡・後遺障害 20,500千円
- ②入院 1日につき 7,000円
- ③手術保険金 入院保険金日額の10倍(入院中の手術)または5倍(入院中以外の手術)となります。傷の処置等お支払いの対象外の手術があります。
- ④通院 1日につき 4,000円

以上

東京海上日動火災保険株式会社 御中

上記の通り常勤役員災害補償規程を定めましたので届け出ます。

平成 年 月 日

法人名

代表者名

代表印

(非常勤役員 7日以内用)

非常勤役員災害補償規程

第1条

当法人は、非常勤役員が就業中（出退勤途上を含みます）急激かつ偶然な外来の事故によって傷害を被った場合、本法人を加入者とする傷害保険契約により、この規程に定める災害補償金を支給する。

第2条

当該保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限は、被保険者である非常勤役員から法人に授与されるものとする。法人が受け取った保険金は、災害補償金として全額被保険者へ給付するものとする。

第3条

本規程による災害補償金の支給額は、次の通りとする。

- | | |
|----------|--|
| ①死亡・後遺障害 | 17,500千円 |
| ②入院 | 1日につき 4,500円 |
| ③手術保険金 | 入院保険金日額の10倍（入院中の手術）または5倍（入院中以外の手術）となります。傷の処置等お支払いの対象外の手術があります。 |
| ④通院 | 1日につき 3,000円 |

以上

東京海上日動火災保険株式会社 御中

上記の通り非常勤役員災害補償規程を定めましたので届け出ます。

平成 年 月 日

法人名

代表者名

代表印

(非常勤役員 8～15 日用)

添付資料①-3

非常勤役員災害補償規程

第1条

当法人は、非常勤役員が就業中（出退勤途上を含みます）急激かつ偶然な外来の事故によって傷害を被った場合、本法人を加入者とする傷害保険契約により、この規程に定める災害補償金を支給する。

第2条

当該保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限は、被保険者である非常勤役員から法人に授与されるものとする。法人が受け取った保険金は、災害補償金として全額被保険者へ給付するものとする。

第3条

本規程による災害補償金の支給額は、次の通りとする。

- | | |
|----------|--|
| ①死亡・後遺障害 | 17,100千円 |
| ②入院 | 1日につき 4,500円 |
| ③手術保険金 | 入院保険金日額の10倍（入院中の手術）または5倍（入院中以外の手術）となります。傷の処置等お支払いの対象外の手術があります。 |
| ③通院 | 1日につき 3,000円 |

以上

東京海上日動火災保険株式会社 御中

上記の通り非常勤役員災害補償規程を定めましたので届け出ます。

平成 年 月 日

法人名

代表者名

代表印

(非常勤役員 16～30 日用)

添付資料①-4

非常勤役員災害補償規程

第1条

当法人は、非常勤役員が就業中（出退勤途上を含みます）急激かつ偶然な外来の事故によって傷害を被った場合、本法人を加入者とする傷害保険契約により、この規程に定める災害補償金を支給する。

第2条

当該保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限は、被保険者である非常勤役員から法人に授与されるものとする。法人が受け取った保険金は、災害補償金として全額被保険者へ給付するものとする。

第3条

本規程による災害補償金の支給額は、次の通りとする。

- | | |
|----------|--|
| ①死亡・後遺障害 | 16,800千円 |
| ②入院 | 1日につき 4,500円 |
| ③手術保険金 | 入院保険金日額の10倍（入院中の手術）または5倍（入院中以外の手術）となります。傷の処置等お支払いの対象外の手術があります。 |
| ④通院 | 1日につき 3,000円 |

以上

東京海上日動火災保険株式会社 御中

上記の通り非常勤役員災害補償規程を定めましたので届け出ます。

平成 年 月 日

法人名

代表者名

代表印

様式Ⅲ(4) (保険金受取人指定契約に関する確認書)

添付資料②-1

常勤役員用

東京海上日動火災保険株式会社 宛

提出日 平成 年 月 日

法人・代表者名 代表印

保険金受取人指定契約に関する確認書

当法人(「ご契約者欄」記載の法人。以下同様とします。)役員を被保険者(保険の対象となる方)とする下記の保険契約を申し込むに際し、(死亡)保険金受取人を当法人に指定することにつき、以下の事項を確認致します。

■保険金受取人指定に関する契約

Table with insurance details: 保険種類 (普通傷害保険), 証券番号, 保険期間 (平成 28 年 7 月 1 日から 1 年 間), 当法人を保険金受取人とする他の保険契約等の有無 (注) (有/無).

(注) 「他の保険契約等」とは、傷害保険の場合は他の傷害保険契約・共済契約をいいます。

■確認事項

以下の項目をご了承の上、「ご契約者欄」にご捺印願います。ご了承いただけない場合、上記の保険契約はお引受けできません。

【共通(全契約)】 ※「当法人」とは「ご契約者欄」記載の法人をいいます。

Table with 4 rows of confirmation items: ① 確認済 (当法人が本確認書に添付して提出する災害時の当法人給付について定めた当法人規程(災害補償規程等)の写は原本(同意確認方法がB1またはD1の場合は労働基準監督署に届け出たもの)の内容に相違ない。), ② 確認済 (当法人役員を被保険者とし、当法人を(死亡)保険金受取人とする他の保険契約等の有無および内容は上記に相違ない。), ③ 確認済 (更新前契約の保険契約締結後に発生した被保険者の増減は、全て所定の手続により、東京海上日動火災保険(株)に対し報告を行っており、同契約の保険期間終了時の被保険者が引き続き更新後契約の被保険者となる。なお、被保険者の増員につき報告の脱漏があるときは事故発生時に脱漏分につき保険金が支払われない場合がある点につき了承する。), ④ 確認済 (後遺障害保険金、入院保険金、手術保険金、通院保険金の支払を受けるときに次の書類のいずれかを提出する。 a.その被保険者の同意書(印鑑証明書を添付する) b.保険金相当額以上の領収書(印鑑証明書を添付する) c.その被保険者に保険金相当額以上の支払をしたことが分かる支払書類)

被保険者の同意確認方法 table: 傷害 B2T



裏面に続きます。

様式Ⅲ(4) (保険金受取人指定契約に関する確認書)

証券番号	
法人・代表者名	

■確認事項(続き)
【B2T】

⑥ 被保険者への周知または通知を以下のとおり実施した。

実施日	平成 28 年 月 日	実施部門(実施者)	
【B2T】	<input type="checkbox"/> 当法人は被保険者となるべき者全員に対して、保険内容の通知を以下のとおり行った。 { 具体的に } <input type="checkbox"/> 本確認書表面記載の保険契約の保険期間中に新たに被保険者となる者に対しても上記と同じ通知方法にて保険内容の通知を行い、不同意の申し出のあった場合は、その旨を東京海上日動火災保険㈱に通知する。		

⑦ 本確認書表面記載の保険契約の加入について不同意の者(以下「不同意者」という。)の有無および不同意者名簿は下記のとおり。

不同意者の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	----------------------------

↓
<不同意者名簿>

本確認書表面記載の保険契約につき、以下の不同意者については被保険者から除いて保険契約の申込みをします。

氏名(自署)	所属等	氏名(自署)	所属等

■添付書類【共通(全契約)】

本確認書の添付書類として災害時の給付について定めた規程(災害補償規程等)の写をご提出願います。

■ご参考:被保険者の同意の確認方法について

本確認書表面記載の被保険者の同意確認方法については以下の通りとなります。

詳細その他ご不明の点がありましたら、弊社代理店または弊社にご照会ください。

B2T	災害補償規程等に基づき加入し、被保険者全員への保険内容に関する通知を確認する方式
-----	--

様式Ⅲ(4) (保険金受取人指定契約に関する確認書)

添付資料②-2

非常勤役員 7日以内用

東京海上日動火災保険株式会社 宛

提出日 平成 年 月 日

法人・
代表者名

代表印

保険金受取人指定契約に関する確認書

当法人(「ご契約者欄」記載の法人。以下同様とします。)役員を被保険者(保険の対象となる方)とする下記の保険契約を申し込むに際し、(死亡)保険金受取人を当法人に指定することにつき、以下の事項を確認致します。

■保険金受取人指定に関する契約

保険種類	普通傷害保険	証券番号	
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
当法人を保険金受取人とする他の保険契約等の有無(注)	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	他の保険契約等の内容(注)	

(注) 「他の保険契約等」とは、傷害保険の場合は他の傷害保険契約・共済契約をいいます。

■確認事項

以下の項目をご了承の上、「ご契約者欄」にご捺印願います。ご了承いただけない場合、上記の保険契約はお引受けできません。

【共通(全契約)】 ※「当法人」とは「ご契約者欄」記載の法人をいいます。

チェック欄	全ての項目についてチェック☑をしてください。
① <input type="checkbox"/> 確認済	当法人が本確認書に添付して提出する災害時の当法人給付について定めた当法人規程(災害補償規程等)の写は原本(同意確認方法がB1またはD1の場合は労働基準監督署に届け出たもの)の内容に相違ない。
② <input type="checkbox"/> 確認済	当法人役員を被保険者とし、当法人を(死亡)保険金受取人とする他の保険契約等の有無および内容は上記に相違ない。
③ <input type="checkbox"/> 確認済	更新前契約の保険契約締結後に発生した被保険者の増減は、全て所定の手続により、東京海上日動火災保険(株)に対し報告を行っており、同契約の保険期間終了時の被保険者が引き続き更新後契約の被保険者となる。なお、被保険者の増員につき報告の脱漏があるときは事故発生時に脱漏分につき保険金が支払われない場合がある点につき了承する。
④ <input type="checkbox"/> 確認済	後遺障害保険金、入院保険金、手術保険金、通院保険金の支払を受けるときに次の書類のいずれかを提出する。 a. その被保険者の同意書(印鑑証明書を添付する) b. 保険金相当額以上の領収書(印鑑証明書を添付する) c. その被保険者に保険金相当額以上の支払をしたことが分かる支払書類

被保険者の同意確認方法

傷害

B2T

裏面

裏面に続きます。

様式Ⅲ(4) (保険金受取人指定契約に関する確認書)

証券番号	
法人・代表者名	

■確認事項(続き)
【B2T】

⑥ 被保険者への周知または通知を以下のとおり実施した。

実施日	平成 28 年 月 日	実施部門(実施者)	
【B2T】	<input type="checkbox"/> 当法人は被保険者となるべき者全員に対して、保険内容の通知を以下のとおり行った。 { 具体的に } <input type="checkbox"/> 本確認書表面記載の保険契約の保険期間中に新たに被保険者となる者に対しても上記と同じ通知方法にて保険内容の通知を行い、不同意の申し出のあった場合は、その旨を東京海上日動火災保険㈱に通知する。		

⑦ 本確認書表面記載の保険契約の加入について不同意の者(以下「不同意者」という。)の有無および不同意者名簿は下記のとおり。

不同意者の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	----------------------------

↓
<不同意者名簿>

本確認書表面記載の保険契約につき、以下の不同意者については被保険者から除いて保険契約の申込みをします。

氏名(自署)	所属等	氏名(自署)	所属等

■添付書類【共通(全契約)】

本確認書の添付書類として災害時の給付について定めた規程(災害補償規程等)の写をご提出願います。

■ご参考:被保険者の同意の確認方法について

本確認書表面記載の被保険者の同意確認方法については以下の通りとなります。
 詳細その他ご不明の点がありましたら、弊社代理店または弊社にご照会ください。

B2T	災害補償規程等に基づき加入し、被保険者全員への保険内容に関する通知を確認する方式
-----	--

非常勤役員 8~15日用

東京海上日動火災保険株式会社 宛

提出日 平成 年 月 日

法人・代表者名 代表印

保険金受取人指定契約に関する確認書

当法人(「ご契約者欄」記載の法人。以下同様とします。)役員を被保険者(保険の対象となる方)とする下記の保険契約を申し込むに際し、(死亡)保険金受取人を当法人に指定することにつき、以下の事項を確認致します。

■ 保険金受取人指定に関する契約

保険種類	普通傷害保険	証券番号	
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
当法人を保険金受取人とする他の保険契約等の有無(注)	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	他の保険契約等の内容(注)	

(注) 「他の保険契約等」とは、傷害保険の場合は他の傷害保険契約・共済契約をいいます。

■ 確認事項

以下の項目をご了承の上、「ご契約者欄」にご捺印願います。ご了承いただけない場合、上記の保険契約はお引受けできません。

【共通(全契約)】 ※「当法人」とは「ご契約者欄」記載の法人をいいます。

チェック欄	全ての項目についてチェック☑をしてください。
① <input type="checkbox"/> 確認済	当法人が本確認書に添付して提出する災害時の当法人給付について定めた当法人規程(災害補償規程等)の写は原本(同意確認方法がB1またはD1の場合は労働基準監督署に届け出たもの)の内容に相違ない。
② <input type="checkbox"/> 確認済	当法人役員を被保険者とし、当法人を(死亡)保険金受取人とする他の保険契約等の有無および内容は上記に相違ない。
③ <input type="checkbox"/> 確認済	更新前契約の保険契約締結後に発生した被保険者の増減は、全て所定の手続により、東京海上日動火災保険(株)に対し報告を行っており、同契約の保険期間終了時の被保険者が引き続き更新後契約の被保険者となる。なお、被保険者の増員につき報告の脱漏があるときは事故発生時に脱漏分につき保険金が支払われない場合がある点につき了承する。
④ <input type="checkbox"/> 確認済	後遺障害保険金、入院保険金、手術保険金、通院保険金の支払を受けるときに次の書類のいずれかを提出する。 a. その被保険者の同意書(印鑑証明書を添付する) b. 保険金相当額以上の領収書(印鑑証明書を添付する) c. その被保険者に保険金相当額以上の支払をしたことが分かる支払書類

被保険者の同意確認方法	
傷害	B2T



裏面に続きます。

様式Ⅲ(4) (保険金受取人指定契約に関する確認書)

証券番号	
法人・代表者名	

■確認事項(続き)
【B2T】

⑥ 被保険者への周知または通知を以下のとおり実施した。

実施日	平成 28 年 月 日	実施部門(実施者)	
【B2T】	<input type="checkbox"/> 当法人は被保険者となるべき者全員に対して、保険内容の通知を以下のとおり行った。 { 具体的に } <input type="checkbox"/> 本確認書表面記載の保険契約の保険期間中に新たに被保険者となる者に対しても上記と同じ通知方法にて保険内容の通知を行い、不同意の申し出のあった場合は、その旨を東京海上日動火災保険㈱に通知する。		

⑦ 本確認書表面記載の保険契約の加入について不同意の者(以下「不同意者」という。)の有無および不同意者名簿は下記のとおり。

不同意者の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	----------------------------

↓
<不同意者名簿>

本確認書表面記載の保険契約につき、以下の不同意者については被保険者から除いて保険契約の申込みをします。

氏名(自署)	所属等	氏名(自署)	所属等

■添付書類【共通(全契約)】

本確認書の添付書類として災害時の給付について定めた規程(災害補償規程等)の写をご提出願います。

■ご参考:被保険者の同意の確認方法について

本確認書表面記載の被保険者の同意確認方法については以下の通りとなります。
 詳細その他ご不明の点がありましたら、弊社代理店または弊社にご照会ください。

B2T	災害補償規程等に基づき加入し、被保険者全員への保険内容に関する通知を確認する方式
-----	--

非常勤役員 16~30日用

東京海上日動火災保険株式会社 宛

提出日 平成 年 月 日

法人・代表者名 代表印

保険金受取人指定契約に関する確認書

当法人(「ご契約者欄」記載の法人。以下同様とします。)役員を被保険者(保険の対象となる方)とする下記の保険契約を申し込むに際し、(死亡)保険金受取人を当法人に指定することにつき、以下の事項を確認致します。

■ 保険金受取人指定に関する契約

保険種類	普通傷害保険	証券番号	
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
当法人を保険金受取人とする他の保険契約等の有無(注)	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	他の保険契約等の内容(注)	

(注) 「他の保険契約等」とは、傷害保険の場合は他の傷害保険契約・共済契約をいいます。

■ 確認事項

以下の項目をご了承の上、「ご契約者欄」にご捺印願います。ご了承いただけない場合、上記の保険契約はお引受けできません。

【共通(全契約)】 ※「当法人」とは「ご契約者欄」記載の法人をいいます。

チェック欄	全ての項目についてチェック☑をしてください。	
① <input type="checkbox"/> 確認済	当法人が本確認書に添付して提出する災害時の当法人給付について定めた当法人規程(災害補償規程等)の写は原本(同意確認方法がB1またはD1の場合は労働基準監督署に届け出たもの)の内容に相違ない。	
② <input type="checkbox"/> 確認済	当法人役員を被保険者とし、当法人を(死亡)保険金受取人とする他の保険契約等の有無および内容は上記に相違ない。	
③ <input type="checkbox"/> 確認済	更新前契約の保険契約締結後に発生した被保険者の増減は、全て所定の手続により、東京海上日動火災保険(株)に対し報告を行っており、同契約の保険期間終了時の被保険者が引き続き更新後契約の被保険者となる。なお、被保険者の増員につき報告の脱漏があるときは事故発生時に脱漏分につき保険金が支払われない場合がある点につき了承する。	
④ <input type="checkbox"/> 確認済	後遺障害保険金、入院保険金、手術保険金、通院保険金の支払を受けるときに次の書類のいずれかを提出する。 a. その被保険者の同意書(印鑑証明書を添付する) b. 保険金相当額以上の領収書(印鑑証明書を添付する) c. その被保険者に保険金相当額以上の支払をしたことが分かる支払書類	

被保険者の同意確認方法	
傷害	B2T



裏面に続きます。

様式Ⅲ(4) (保険金受取人指定契約に関する確認書)

証券番号	
法人・代表者名	

■確認事項(続き)
【B2T】

⑥ 被保険者への周知または通知を以下のとおり実施した。

実施日	平成 28 年 月 日	実施部門(実施者)	
【B2T】	<input type="checkbox"/> 当法人は被保険者となるべき者全員に対して、保険内容の通知を以下のとおり行った。 具体的に		
	<input type="checkbox"/> 本確認書表面記載の保険契約の保険期間中に新たに被保険者となる者に対しても上記と同じ通知方法にて保険内容の通知を行い、不同意の申し出のあった場合は、その旨を東京海上日動火災保険㈱に通知する。		

⑦ 本確認書表面記載の保険契約の加入について不同意の者(以下「不同意者」という。)の有無および不同意者名簿は下記のとおり。

不同意者の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	----------------------------

↓
<不同意者名簿>

本確認書表面記載の保険契約につき、以下の不同意者については被保険者から除いて保険契約の申込みをします。

氏名(自署)	所属等	氏名(自署)	所属等

■添付書類【共通(全契約)】

本確認書の添付書類として災害時の給付について定めた規程(災害補償規程等)の写をご提出願います。

■ご参考:被保険者の同意の確認方法について

本確認書表面記載の被保険者の同意確認方法については以下の通りとなります。
 詳細その他ご不明の点がありましたら、弊社代理店または弊社にご照会ください。

B2T	災害補償規程等に基づき加入し、被保険者全員への保険内容に関する通知を確認する方式
-----	--

常勤役員用

提出日 平成 年 月 日

東京海上日動火災保険株式会社 宛

傷害保険契約締結通知確認書

■該当契約の内容

ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
保険金額 (被保険者(*1)1名 あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	20,500 千円	
	(入院保険金日額)	7,000 円	
	(通院保険金日額)	4,000 円	
保険金受取人	法人		
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

今般、法人より、上記の傷害保険契約を締結する旨の通知を受けたことを、被保険者を代表して確認します。

被保険者(*1)代表者
のご署名(*2)・ご捺印

個人印

(*1)「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。 (*2)本項目はゴム印不可です。必ずご署名をいただく必要がございます。

代理店記入欄

■被保険者代表者の方について

チェック	被保険者代表者の方	代表者であることの確認書類
<input type="checkbox"/>	労働組合執行委員長 等	不要
<input type="checkbox"/>	労働組合執行委員長	(上記「被保険者代表者のご署名・ご捺印」欄にご署名と、「労働組合執行委員長等の役職印」または「個人印+労働組合印」が必要です。)
<input type="checkbox"/>	上記以外 (役職)	
<input type="checkbox"/>	労働組合に準じた労働条件改善委員会等の役職者 (具体的に)	以下の2点 ・委員会等の組織図 ・今回の保険導入にあたって開催された「委員会等の議事録」のコピー
<input type="checkbox"/>	労働基準監督署への従業員代表者としての意見書提出者	・「従業員代表者の意見書」のコピー
<input type="checkbox"/>	上記以外(上記に該当する方がいない場合で、かつ、企業内で通知が行われたことが確実な場合に限りです。) (具体的に)	被保険者全員への「傷害保険契約締結に関する通知」のコピー (通知の雛形は様式Ⅴ(1))

非常勤役員 7日以内用

提出日 平成 年 月 日

東京海上日動火災保険株式会社 宛

傷害保険契約締結通知確認書

■該当契約の内容

ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
保険金額 (被保険者(*1)1名あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	17,500 千円	
	(入院保険金日額)	4,500 円	
	(通院保険金日額)	3,000 円	
保険金受取人	法人		
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

今般、法人より、上記の傷害保険契約を締結する旨の通知を受けたことを、被保険者を代表して確認します。

被保険者(*1)代表者のご署名・ご捺印 個人印

(*1)「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。(*2)本項目はゴム印不可です。必ずご署名をいただく必要がございます。

代理店記入欄

■被保険者代表者の方について

チェック	被保険者代表者の方	代表者であることの確認書類
<input type="checkbox"/>	労働組合執行委員長 等	不要
<input type="checkbox"/>	労働組合執行委員長	(上記「被保険者代表者のご署名・ご捺印」欄にご署名と、「労働組合執行委員長等の役職印」または「個人印+労働組合印」が必要です。)
<input type="checkbox"/>	上記以外 (役職)	
<input type="checkbox"/>	労働組合に準じた労働条件改善委員会等の役職者 (具体的に)	以下の2点 ・委員会等の組織図 ・今回の保険導入にあたって開催された「委員会等の議事録」のコピー
<input type="checkbox"/>	労働基準監督署への従業員代表者としての意見書提出者	・「従業員代表者の意見書」のコピー
<input type="checkbox"/>	上記以外(上記に該当する方がいない場合で、かつ、企業内で通知が行われたことが確実な場合に限りです。) (具体的に)	被保険者全員への「傷害保険契約締結に関する通知」のコピー (通知の雛形は様式Ⅴ(1))

様式Ⅳ(3) (被保険者の代表者の契約締結通知確認書)

非常勤役員 8~15日用

提出日 平成 年 月 日

東京海上日動火災保険株式会社 宛

傷害保険契約締結通知確認書

■該当契約の内容

ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
保険金額 (被保険者(*1)1名 あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	17,100 千円	
	(入院保険金日額)	4,500 円	
	(通院保険金日額)	3,000 円	
保険金受取人	法人		
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

今般、法人より、上記の傷害保険契約を締結する旨の通知を受けたことを、被保険者を代表して確認します。

被保険者(*1)代表者のご署名・ご捺印

個人印

(*1)「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。(*2)本項目はゴム印不可です。必ずご署名をいただく必要がございます。

代理店記入欄

■被保険者代表者の方について

チェック	被保険者代表者の方	代表者であることの確認書類
<input type="checkbox"/>	労働組合執行委員長 等	不要
<input type="checkbox"/>	労働組合執行委員長	(上記「被保険者代表者のご署名・ご捺印」欄にご署名と、「労働組合執行委員長等の役職印」または「個人印+労働組合印」が必要です。)
<input type="checkbox"/>	上記以外 (役職)	
<input type="checkbox"/>	労働組合に準じた労働条件改善委員会等の役職者 (具体的に)	以下の2点 ・委員会等の組織図 ・今回の保険導入にあたって開催された「委員会等の議事録」のコピー
<input type="checkbox"/>	労働基準監督署への従業員代表者としての意見書提出者	「従業員代表者の意見書」のコピー
<input type="checkbox"/>	上記以外(上記に該当する方がいない場合で、かつ、企業内で通知が行われたことが確実な場合に限りです。) (具体的に)	被保険者全員への「傷害保険契約締結に関する通知」のコピー (通知の雛形は様式Ⅴ(1))

非常勤役員 16~30日用

提出日 平成 年 月 日

東京海上日動火災保険株式会社 宛

傷害保険契約締結通知確認書

■該当契約の内容

ご契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
保険金額 (被保険者(*1)1名あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	16,800 千円	
	(入院保険金日額)	4,500 円	
	(通院保険金日額)	3,000 円	
保険金受取人	法人		
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

今般、法人より、上記の傷害保険契約を締結する旨の通知を受けたことを、被保険者を代表して確認します。

被保険者(*1)代表者のご署名・ご捺印 個人印

(*1)「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。(*2)本項目はゴム印不可です。必ずご署名をいただく必要がございます。

代理店記入欄

■被保険者代表者の方について

チェック	被保険者代表者の方	代表者であることの確認書類
<input type="checkbox"/>	労働組合執行委員長 等	不要
<input type="checkbox"/>	労働組合執行委員長	(上記「被保険者代表者のご署名・ご捺印」欄にご署名と、「労働組合執行委員長等の役職印」または「個人印+労働組合印」が必要です。)
<input type="checkbox"/>	上記以外 (役職) ()	
<input type="checkbox"/>	労働組合に準じた労働条件改善委員会等の役職者 (具体的に) ()	以下の2点 ・委員会等の組織図 ・今回の保険導入にあたって開催された「委員会等の議事録」のコピー
<input type="checkbox"/>	労働基準監督署への従業員代表者としての意見書提出者	・「従業員代表者の意見書」のコピー
<input type="checkbox"/>	上記以外(上記に該当する方がいない場合で、かつ、企業内で通知が行われたことが確実な場合に限りです。) (具体的に) ()	・被保険者全員への「傷害保険契約締結に関する通知」のコピー (通知の雛形は様式Ⅴ(1))

常勤役員用

通知日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

役員各位

法人名
 代表者名 _____ 代表印

傷害保険契約締結に関する通知

今般、役員の方々に不慮の事故が生じた場合に補償するため、当法人が契約者となって、役員の方々を被保険者、当法人を保険金受取人とする下記の傷害保険契約を締結することといたしますので通知します。役員の方々に万一のことがあった場合は、当法人規定に定められた金額をご家族に支払うこととなりますが、本保険に基づく保険金はその支払いに充当されることとなります。

本件について、役員の方々から特段のお申し出がない場合は、本趣旨をご理解いただいたものとして取扱います。

保険契約の内容について、ご質問等があれば、平成 28 年 7 月 1 日までに下記の照会先までお問い合わせください。

記

契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
保険金額 (被保険者1名あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	20,500 千円	
	(入院保険金日額)	7,000 円	
	(通院保険金日額)	4,000 円	
保険金受取人	法人		
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

<照会先>

有限会社 東京福祉企画
 担当者: 岡本
 TEL: 03-3268-0910

非常勤役員 7日以内用

通知日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

役員各位

法人名
 代表者名 _____ 代表印

傷害保険契約締結に関する通知

今般、役員の方々に不慮の事故が生じた場合に補償するため、当法人が契約者となって、役員の方々を被保険者、当法人を保険金受取人とする下記の傷害保険契約を締結することといたしますので通知します。役員の方々に万一のことがあった場合は、当法人規定に定められた金額をご家族に支払うこととなりますが、本保険に基づく保険金はその支払いに充当されることとなります。

本件について、役員の方々から特段のお申し出がない場合は、本趣旨をご理解いただいたものとして取扱います。

保険契約の内容について、ご質問等があれば、平成 28 年 7 月 1 日までに下記の照会先までお問い合わせください。

記

契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
保険金額 (被保険者1名あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	17,500 千円	
	(入院保険金日額)	4,500 円	
	(通院保険金日額)	3,000 円	
保険金受取人	法人		
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

<照会先>
 有限会社 東京福祉企画
 担当者:岡本
 TEL:03-3268-0910

非常勤役員 8~15日用

通知日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

役員各位

法人名 _____ 代表者名 _____ 代表印 _____

傷害保険契約締結に関する通知

今般、役員の方々に不慮の事故が生じた場合に補償するため、当法人が契約者となって、役員の方々を被保険者、当法人を保険金受取人とする下記の傷害保険契約を締結することといたしますので通知します。役員の方々に万一のことがあった場合は、当法人規定に定められた金額をご家族に支払うこととなりますが、本保険に基づく保険金はその支払いに充当されることとなります。

本件について、役員の方々から特段のお申し出がない場合は、本趣旨をご理解いただいたものとして取扱います。

保険契約の内容について、ご質問等があれば、平成 28 年 7 月 1 日までに下記の照会先までお問い合わせください。

記

契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
保険金額 (被保険者1名あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	17,100 千円	
	(入院保険金日額)	4,500 円	
	(通院保険金日額)	3,000 円	
保険金受取人	法人		
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

<照会先>

有限会社 東京福祉企画
 担当者: 岡本
 TEL: 03-3268-0910

非常勤役員 16~30日用

通知日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

役員各位

法人名
代表者名 _____ 代表印

傷害保険契約締結に関する通知

今般、役員の方々に不慮の事故が生じた場合に補償するため、当法人が契約者となって、役員の方々を被保険者、当法人を保険金受取人とする下記の傷害保険契約を締結することといたしますので通知します。役員の方々に万一のことがあった場合は、当法人規定に定められた金額をご家族に支払うこととなりますが、本保険に基づく保険金はその支払いに充当されることとなります。

本件について、役員の方々から特段のお申し出がない場合は、本趣旨をご理解いただいたものとして取扱います。

保険契約の内容について、ご質問等があれば、平成 28 年 7 月 1 日までに下記の照会先までお問い合わせください。

記

契約者	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会		
保険期間	平成 28 年 7 月 1 日から 1年 間		
保険金額 (被保険者1名あたり)	(死亡・後遺障害保険金額)	16,800 千円	
	(入院保険金日額)	4,500 円	
	(通院保険金日額)	3,000 円	
保険金受取人	法人		
保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

<照会先>

有限会社 東京福祉企画
担当者: 岡本
TEL: 03-3268-0910

添付資料⑤

(非常勤役員用)

平成28年 月 日

東京海上日動火災保険株式会社 御中

非常勤役員の年間活動予定表または実績表

法人名

代表者名 _____ 代表印

下記日程に相違ありません。

平成 年 月から1年間

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
理事会	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
評議員会	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
監事会	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
第3者 委員会等	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
その他施設 行事等	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

記入上の注意

- ※ 非常勤役員が法人の業務に従事する日（活動日）のみをご記入ください。
- ※ 平成28年度の活動予定か平成27年度の活動実績のいずれかをご記入ください。
- ※ 平成28年度の活動予定の場合、実際の開催月日と多少のズレがあっても構いません。
- ※ 複数の非常勤役員が加入の場合で、活動日が各々異なる場合には、原則、最も活動日が多い非常勤役員の状況についてご記入ください。

ただし、非常勤役員によって活動日数の差が大きい場合は、平均活動日数方式もあるので、(有)東京福祉企画にご相談ください。