

## 保険料算出基礎数字申告書

●保険種類 : マネーディフェンダー運送保険
●証券番号 :

上記の保険契約について、保険料算出のための基礎数字を以下のとおり申告します。これに基づいて貴社が保険料を算出することに同意します。

- お願い**
- ① 保険料算出のための基礎数字は正しくご申告願います。もし申告数字が誤っていた場合には、後日、保険料の追加請求や返還が必要となったり、保険金が支払われないまたは削減される場合があります。
  - ② 申告数字が100,000千円や1,000名のような「丸い数字」の場合には、最近の会計年度等における正確な実績数字を、再度ご確認くださいませようお願いします。
  - ③ 保険の対象とする業務や製品が複数種類にまたがっている場合等、申告すべき保険料算出基礎数字が複数ある場合は、その内訳を【補足説明】欄に記載してください。

ご契約者名

(印)

**【保険料算出基礎数字】**

フルネームで自署(法人の場合は記名・捺印)をお願いします。

保険料算出基礎の種類	申告数字
その他(※)	(単位も記入してください。)
→	
(※)「その他」を選択した場合は、下記に具体的な種類をご記入ください。 ( 前年輸送額実績 )	

以下の【申告数字の対象期間(時点)】も必ず記入してください。

**【申告数字の対象期間(時点)】**

保険期間	保険期間1年
使用する実績数字の種類	把握可能な最近の会計年度(1年間)における実績数字
対象期間	年 月 日 から1年間

**【補足説明】** (申告数字の内訳や補足説明がある場合にご記入ください。)

(代理店・会社使用欄)

保険料算出基礎数字の確認が、客観的資料・公表資料ではなく申告書になった理由(該当するものに✓)

- 守秘性が高いため (保険料算出基礎数字が公表されておらず、客観的資料の開示も守秘性の観点から困難であるため)
- 個人情報が含まれるため (保険料算出基礎数字が人数等であり、客観的資料に名簿等の個人情報を含むため)
- その他 (具体的に記載: )

(代理店 記名・捺印欄)

確認者	代理店名	募集人氏名(フルネーム)
	東京福祉企画	(印)

**必ず確認者の自署(フルネーム)または記名・捺印を行ってください。**

## 保険料算出基礎数字申告書 記入例

<b>●保険種類</b>	マネーディフェンダー運送保険
<b>●証券番号</b>	記入不要

上記の保険契約について、保険料算出のための基礎数字を以下のとおり申告します。これに基づいて貴社が保険料を算出することに同意します。

- お願い**
- ① 保険料算出のための基礎数字は正しくご申告願います。もし申告数字が誤っていた場合には、後日、保険料の追加請求や返還が必要となったり、保険金が支払われないまたは削減される場合があります。
  - ② 申告数字が100,000千円や1,000名のような「丸い数字」の場合には、最近の会計年度等における正確な実績数字を、再度ご確認くださいませようお願いします。
  - ③ 保険の対象とする業務や製品が複数種類にまたがっている場合等、申告すべき保険料算出基礎数字が複数ある場合は、その内訳を【補足説明】欄に記載してください。

**【ご注意】**

運送実績(年間輸送額)が1億円を超える場合は、保険料が異なる場合がございますので、  
 代理店:東京福祉企画までご連絡ください。

ご契約者名  
 ○○区社会福祉協議会  
 経理担当 福祉 太郎



フルネームで自署(法人の場合は記名・捺印)をお願いします。

**【保険料算出基礎数字】**

保険料算出基礎の種類	申告数字
その他(※)	(単位も記入してください) <b>70,000</b>
(※)「その他」を選択した場合は、下記に具体的な種類をご記入ください。 ( 前年輸送額実績 )	

以下の【申告数字の対象期間(時点)】も必ず記入してください。

**【申告数字の対象期間(時点)】**

保険期間	保険期間1年
使用する実績数字の種類	把握可能な最近の会計年度(1年間)における実績数字
対象期間	平成 27 年 4 月 1 日 から1年間

**【補足説明】** (申告数字の内訳や補足説明がある場合にご記入ください。)

(代理店・会社使用欄)

- 保険料算出基礎数字の確認が、客観的資料・公表資料ではなく申告書になった理由(該当するものに✓)
- 守秘性が高いため (保険料算出基礎数字が公表されておらず、客観的資料の開示も守秘性の観点から困難であるため)
  - 個人情報が含まれるため (保険料算出基礎数字が人数等であり、客観的資料に名簿等の個人情報を含むため)
  - その他 (具体的に記載: )

(代理店 記名・捺印欄)

確認者	代理店名	募集人氏名(フルネーム)
	東京福祉企画	(印)

**必ず確認者の自署(フルネーム)または記名・捺印を行ってください。**