

学校支援者補償制度 加入依頼書 兼 申込書 (学校申込専用)

学校単位申込方法

加入依頼日 年 月 日

1. 下記すべての項目をご記入ください。(補償開始月は、○を付けて下さい。)

学 校 名	フリガナ	校 長 先 生	フリガナ	申 込 印		
	電話	担 当 者	フリガナ			
	FAX	/ e-mail				
	*下記の \langle カハに際して \rangle を離し、保険締約者である母体に対して加入の申込みをします。					
ご 住 所	〒	フリガナ	補償開始月			
		都・道 府・県	郡・市 町・村	4月・5月・6月・7月・8月		
		フリガナ		9月・10月・11月・12月		
			1月・2月・3月			

＜ご加入に際して＞ 加入者は、◆重要事項説明書の内容 ◆「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
◆ご加入内容確認事項（意向確認事項）の内容について確認・同意のうえ、加入申込をして下さい。

注意点 ・ 下記いずれのタイプも死亡・後遺障害保険金額は 663 万円がお支払い上限になります。

タイプ (○を付けて下さい。)	人 数	該当保険料をご記入下さい
A	3名	円
B	6名	円
C	10名	円
フリー	名	円

補償人数が上記3タイプ以外の場合（フリー）、別途ご相談下さい。

2. 請求書が必要な場合は、下記に宛名をご記入下さい。

請求書名	
------	--

3. お申し込みスケジュール

お申し込み締切日	毎月 10 日
保険料入金締切日	毎月 10 日
補償開始日時	毎月 15 日 午後 4 時

4. 本加入依頼書兼申込書を日本PCA学校支援者補償制度係へFAXしてください。

送信先	日本PCA 学校支援者補償制度係
FAX	0120-590-279

注意点 ・ 毎月 10 日までに保険料の着金が確認できない場合、補償開始日が翌月 15 日にずれ込みます。
その場合再度お手続きが必要となりますのでご注意ください。

5. < 記 入 例 > ※お振込み手数料は、お客様のご負担になりますので、ご了承ください。

00 東京		払込取扱票		振替払込請求書兼受領証	
口	口	記	号	金	額
0	0	1	2	0	0
8	5	4	2	5	1
8	1	8			
日本PCA教育振興会				金額	¥ 1 2 0 0 0
東京都港区新橋1-1-1				振込人住所氏名	東京都港区新橋1-1-1
××小学校				料	金
111-1110				目	附
東京都港区新橋1-1-1				目	附
××小学校				印	
111-1110				備考	
東京都港区新橋1-1-1				備考	
××小学校				備考	