

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

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		
	電話		フリガナ	申 込 印	ご加入時の確認事項 確認印兼用
	FAX / e-mail				
ご 住 所	〒 フリガナ 都・道 郡・市 府・県 町・村 フリガナ	補償開始月 4月・5月・6月・7月・8月 9月・10月・11月・12月 1月・2月・3月			

重要事項説明書記載の「ご加入内容確認事項」を確認の上、上記の通り加入を依頼します。
 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、補償開始日がずれ込みます。保険料をお支払いいただいた後にご加入いただくことになり、その間に生じた事故は補償されません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。

The image shows two documents side-by-side. The left document is a remittance slip (払込取扱票) from the Japan PCA Education Promotion Association (日本PCA教育振興会) to a school (東京都港区新橋 1-1-1 x x 小学校). The amount is ¥12,000. The right document is a receipt (私込票受領証) for the same payment, showing the school's name and address.