

2

社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)

届出事項申込(変更)届

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

下記のとおり加入施設(法人)に関する事項を申込(変更)します。

新規・変更申出施設(法人)は本契約の加入資格を有していることを確認しました。

また、下記「代表者およびご担当者の個人情報の取扱い」の内容を承知し、同意しております。

登録日 (変更日)	令和 88 年 88 月 1 日	お申込日 (記入日)	令和 88 年 88 月 88 日
--------------	------------------	---------------	-------------------

契約者 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

代表者およびご担当者の個人情報の取扱い

公益財団法人社会福祉振興・試験センターは本帳票により、ご提出いただいた代表者およびご担当者の個人情報(以下「代表者等の個人情報」といいます。)を本保険の事務手続きのために使用いたします。また公益財団法人社会福祉振興・試験センターが団体定期保険を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提供いたします。保険会社は受領した代表者等の個人情報を保険契約の継続・維持管理、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、公益財団法人社会福祉振興・試験センター、他の生命保険会社へ上記目的の範囲内で提供します。
公益財団法人社会福祉振興・試験センターおよび生命保険会社は上記の目的以外に代表者等の個人情報を利用することはありません。

法人名・施設名 (ゴム印可)	施設印	
	印	
県コード	施設種類コード	事業所コード
00088	88888	88888888

対象の項目の□にレ印をご記入ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 (変更のある項目のみご記入ください。)
------	--

法人名・施設名が変更となる場合は、変更前の届出内容をご記入ください。

法人名	フリガナ	(変更前) 法人名
施設名	フリガナ	(変更前) 施設名
施設住所	〒 - フリガナ	
電話・FAX	電話 - -	Fax - -
代表者名	フリガナ	
ご担当者名	フリガナ	

<ご加入のコースについて>

現在ご加入コース コース → 新規および変更後コース コース

Aコース	150万円
Bコース	200万円
Cコース	250万円
Dコース	300万円
Eコース	400万円
Fコース	500万円

※一括増額時のご注意
保険金額が「増額」となる場合は、「団体定期保険加入申込書兼告知書」に被保険者の同意印および告知欄へのご記入をお願いします。

生命保険会社使用欄

募集会社 CD		営業所 CD		扱者 CD	
---------	--	--------	--	-------	--