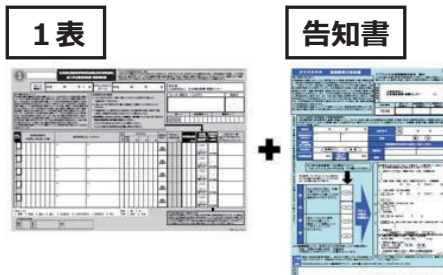


1表の【被保険者の告知事項】を従前の内容に戻した事に伴い、告知書の審査を再開しました告知が「はい」の場合は提出してください。

告知「はい」の場合は、告知書も一緒にご提出をお願いいたします



## 7月更新時 社会福祉施設従事者相互保険 書類記入見本

(試験センターホームページにカラー版があります。)

本冊子は更新手続後も保管いただき、毎月の異動手続の際にもご参照ください。

「加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)」および「届出事項申込(変更)届(2表)」をご提出の際は、**コピー**をお取りいただき、施設控えとして保管願います。

### ⚠️ <書類のご記入にあたって>

- 各記入例を参考に正しくご記入ください。
- ご提出書類への記入は**ボールペン等ではっきりとご記入ください。**  
※**鉛筆、消せるボールペンは使用不可**です。
- 訂正する場合は、二重線を引き、訂正印を押印ください。  
※**修正液・テープは使用不可**です。
- 書類を提出される前に、16ページの「書類チェックシート」にて、書類の漏れ・記入または押印漏れがないか、ご確認ください。
- 不備の場合、ご異動日（ご加入日）が翌月以降になることがありますのでご留意ください。

# こんな時はこの書類！



職員が職場を辞めた。

(6・12ページ)

職員の氏名が変わった。

(7・13ページ)

新入職員が職場に入った。

(8・12ページ)



**上記の場合は 1 表の提出のみで結構です！**

施設名が変わった。

施設の担当者が変わった。

電話番号が変わった。

(3ページ)

**この場合は 2 表の提出のみで結構です！**

保険のコースを変更したい。

(10・11ページ)

この場合は 1 表と 2 表(増額の場合は要押印)  
を提出してください！

引落口座の名義が変わった。

(14ページ)

この場合は「口座振替依頼書」を提出してください！  
お手元がない場合は事務局までお問い合わせください。



# 目次

## 1. 更新時のご確認

(1) 法人・施設ご登録情報確認リスト 印字内容のご確認	-----	2
(2) 届出事項申込(変更)届(2表) ご記入例	-----	3
(3) 加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) 印字内容のご確認	-----	4
(4) 「2.脱退・3.転出」の場合 加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) ご記入例	--	6
(5) 「5.氏名訂正・6.生年月日訂正・7.性別訂正・8.死亡」の場合 加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) ご記入例	-----	7
(6) 「1.新規・4.転入」の場合 加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) ご記入例	--	8
(7) 「1.新規・4.転入」で告知『はい』の場合 【被保険者の告知書 ご記入例】	-----	9

## 2. 更新時コース変更（増額の場合）

(1) 届出事項申込(変更)届(2表) ご記入例	-----	10
(2) 増額の場合 加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) ご記入例	-----	11

## 3. 毎月の異動報告時

加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) ご記入例	-----	12
--------------------------	-------	----

## 4. その他のお手続きについて----- 14

## 5. 施設一括脱退について ----- 15

## 6. 施設からのお問い合わせ先・お申出先 ----- 15

## 7. 書類チェックシート ----- 16

## 8. 書類記入時のQ&A ----- 17

# 1. 更新時のご確認

## (1) 【法人・施設ご登録情報確認リスト 印字内容のご確認】

「<法人・施設ご登録情報確認リスト>」に記載の内容をご確認のうえ、ご登録の内容に変更・訂正がある場合は、「届出事項申込(変更)届(2表)」をご提出ください。

### <法人・施設ご登録情報確認リスト>

現在のご登録情報は下記のとおりとなります。  
内容に変更・訂正がある場合は、別途「届出事項申込(変更)届(2表)」をご提出ください。

【現在ご登録の情報】 (2022年4月1日現在)

登録コード (県コード)00013 (施設種類コード)00202 (事業所コード)1000008

法人名	福)福寿鶴亀会
施設名	特養)かがやき園
郵便番号・住所	〒150-0002 東京都渋谷区渋谷1-8-8
電話・FAX番号	(電話) 03-1234-8888 (FAX) 03-1234-3333
代表者名	施設長 福田 太郎
ご担当者名	幸田 良子
ご加入コース	Eコース

ご登録内容が印字されています。  
内容ご確認のうえ、変更・訂正がある場合は、「届出事項申込(変更)届(2表)」をご提出ください。

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・変更届出施設(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 8 8 年 8 8 月 1 日

お申込日(記入日) 令和 8 8 年 8 8 月 8 8 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・試験センターは本様票により、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に保険契約の継続・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

県コード  
0 0 0

施設種類コード  
8 8 8 8 8 8

事業所コード  
8 8 8 8 8 8

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。

対象の項目の□にレ印をご記入ください。

申込区分  新規  変更  
(変更のある項目のみご記入ください)

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

※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。

Aコース	1 5 0 万円
Bコース	2 0 0 万円
Cコース	2 5 0 万円
Dコース	3 0 0 万円
Eコース	4 0 0 万円
Fコース	5 0 0 万円

募集会社CD	営業所CD	級者CD
--------	-------	------

ご登録内容に変更がない場合は  
ご提出不要です

2

後相-002 (2022)

(2) 【届出事項申込(変更)届(2表) ご記入例】 ※法人・施設ご登録内容変更の場合にご提出ください

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**

シ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 8 4 年 8 7 月 1 日**

お申込日(記入日) **令和 8 4 年 8 4 月 2 6 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の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。

5 申込区分  新規  変更  
(変更のある項目のみご記入ください。)

4 00013002021000008

6 法人名 フリガナ

施設名 フリガナ **トクヨウ シンツルミネエン**  
**特養) 新鶴峰園**

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 **ジブ レイコ**  
**浩部 玲子**

法人名・施設名(ゴム印可) 施設印

**福) 福寿鶴亀会** **施設印**

**特養) 新鶴峰園**

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。

(変更前) 法人名

(変更前) 施設名 **特養) かがやき園**

<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	募集所CD	現者CD

従相-002 (2022)

No.	項目	内容
1	登録日(変更日)	試験センター(事務局)に書類が到着した月の翌々月1日となります
2	お申込日(記入日)	ご記入日となります
3	施設名・施設印	施設(事業所)名のご記入(ゴム印可)、施設(事業所)印を押印ください
4	県コード・施設種類コード・事業所コード	ご登録のコードをご記入ください
5	申込区分	「変更」項目の <input checked="" type="checkbox"/> にレ印(チェック)をご記入ください
6	施設(事業所)情報記入欄	変更項目をご記入ください 法人名および施設名変更の場合は、変更前の名称もご記入ください

3

(3) 【加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) 印字内容のご確認】

1 **令和4年5月〇日まで** 社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険) 加入申込書兼告知書・異動報告書

2 加入日 異動日 **令和 4 年 8 月 7 日** お申込(告知)日(記入日) **令和 8 8 年 8 8 月 8 8 日**

3 契約者 **公益財団法人 社会福祉振興・試験センター**

4 法人名・施設名(ゴム印可) **福)福寿鶴亀会 特養)ひかり園** 施設印

5 印字順序は「被保険者名カタカナ50音順」です

6 年齢超過による自動脱退

申込コード	被保険者番号 (新規加入者は記入不要)	被保険者氏名(カタカナ)	性別	生年月日	保険金受取人	現在加入保険金額	新保険金額	告知欄 (新規・増額)	被保険者同意印	お届出記入欄
1	0859401	アンドウ タロウ	1	13611027	施設経営者	300	388	いいえ はい	印	
1	0893079	カメダ ハナコ	2	24100830	施設経営者	300	388	いいえ はい	印	
1	0829641	サトウ イチコ	2	23261225	施設経営者	300	388	いいえ はい	印	年齢超過による自動脱退
1	0831400	タナカ クミ	2	23560214	施設経営者	300	388	いいえ はい	印	
1	0889053	ナカタ ヒサエ	2	24050309	施設経営者	300	388	いいえ はい	印	

【申込コード】 1.新規 2.脱退 3.転出 4.転入 5.氏名訂正 6.生年月日訂正 7.性別訂正 8.死亡

性別 1.男 2.女 年号 3.昭和 4.平成

★【同意印欄】新規加入・増額時のみ必要  
本制度の加入・告知欄(パンフレット)に記載の内容(契約概要・注意喚起情報)を含む添付した申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は、事実と異なること、および告知欄に生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを拒否された場合は、事実と異なることを告知するよう勧められたことのないことを誓約するとともに、契約内容(保障内容・保険金額等)が申込者の意向(二一)に合致していることを確認の上で申込みます。また個人情報の取扱いについて受取人とも承知し、同意します。

No.	項目	内容
1	提出期限日	試験センター(事務局)提出期限日が印字されています
2	加入日(異動日)	更新日(令和4年7月1日)が印字されています
3	施設名	法人・施設名が印字されています
4	県コード・施設種類コード・事業所コード	ご登録のコードが印字されています
5	被保険者(加入者)ご加入情報	直近のご加入情報が印字されています (申込書印字順序は、「被保険者名カタカナ50音順」です)
6	お届出記入欄の印字	更新日付で年齢超過のため自動脱退となる方について印字されます (昭和26年1月2日から昭和27年1月1日まで生まれの方) ※脱退手続(申込コード「2」記入・提出)は不要です

1 令和4年5月〇日まで

社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)  
加入申込書兼告知書・異動報告書

加入日 令和4年8月7日 申込(告知)日 令和8年8月8日

契約者 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

法人名・施設名(ゴム印可) 施設印

福) 福寿鶴亀会  
特養) ひかり園

県コード 00013 施設種類コード 00202 事業所コード 1000009

【被保険者の告知事項】  
(1) 申込(告知)日現在、休業・欠勤していますか、また病気や外傷による就業制限(\*)がありますか。  
(2) 過去1年以内に病気がまたは外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。  
(\*)「就業制限」は、勤務先または医師等により労働時間の短縮、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。  
※告知事項(1)または(2)が「はい」の場合は、告知欄についてははいの印のうえ別途「被保険者の告知書」を提出してください。  
(1)(2)が「いいえ」の場合は、告知欄についてははいの印を選択してください。  
いいえの場合は「被保険者の告知書」の提出は不要です。

申込コード	被保険者番号 (新規加入者は記入不要)	被保険者氏名(カタカナ)		性別	生年月日	保険金受取人	現在加入保険金額 (万円)	新保険金額 (万円)	告知欄 (新規・増額) はいの印 いいえの印	被保険者同意印 ★参照	お届出記入欄
1	0859401	アンドウ	タロウ	1	13611027	施設経営者	300	388	はい	印	
1	0893079	カメダ	ハナコ	2	24100830	施設経営者	300	388	はい	印	
1	0829641	サトウ	サトシ	1	13201020	施設経営者	300	388	はい	印	
1	0831400	タナカ	クミ	2	23560214	施設経営者	300	388	はい	印	
1	0889053	ナカタ	ヒサエ	2	24050309	施設経営者	300	388	はい	印	

【申込コード】  
1. 新規 2. 脱退 3. 転出 4. 転入 5. 氏名訂正 6. 生年月日訂正 7. 性別訂正 8. 死亡

性別 1. 男 2. 女  
年号 3. 昭和 4. 平成

【申込コード】  
1. 新規 2. 脱退 3. 転出 4. 転入 5. 氏名訂正 6. 生年月日訂正 7. 性別訂正 8. 死亡

申込コード記載箇所

被保険者となっている方のご登録の内容が印字されています。異動・訂正がある場合は、申込コードを記載してください

1 令和4年5月〇日まで

社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)  
加入申込書兼告知書・異動報告書

加入日 令和4年8月7日 申込(告知)日 令和8年8月8日

契約者 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

法人名・施設名(ゴム印可) 施設印

事業所コード 0009

お届出記入欄

【被保険者の告知事項】  
(1) 申込(告知)日現在、休業・欠勤していますか、また病気や外傷による就業制限(\*)がありますか。  
(2) 過去1年以内に病気がまたは外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。  
(\*)「就業制限」は、勤務先または医師等により労働時間の短縮、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。  
※告知事項(1)または(2)が「はい」の場合は、告知欄についてははいの印のうえ別途「被保険者の告知書」を提出してください。  
(1)(2)が「いいえ」の場合は、告知欄についてははいの印を選択してください。  
いいえの場合は「被保険者の告知書」の提出は不要です。

申込コード	被保険者番号 (新規加入者は記入不要)	被保険者氏名(カタカナ)		性別	生年月日	保険金受取人	現在加入保険金額 (万円)	新保険金額 (万円)	告知欄 (新規・増額) はいの印 いいえの印	被保険者同意印 ★参照	お届出記入欄
1	0859401	アンドウ	タロウ	1	13611027	施設経営者	300	388	はい	印	
1	0893079	カメダ	ハナコ	2	24100830	施設経営者	300	388	はい	印	
1	0829641	サトウ	サトシ	1	13201020	施設経営者	300	388	はい	印	
1	0831400	タナカ	クミ	2	23560214	施設経営者	300	388	はい	印	
1	0889053	ナカタ	ヒサエ	2	24050309	施設経営者	300	388	はい	印	

【申込コード】  
1. 新規 2. 脱退 3. 転出 4. 転入 5. 氏名訂正 6. 生年月日訂正 7. 性別訂正 8. 死亡

性別 1. 男 2. 女  
年号 3. 昭和 4. 平成

【申込コード】  
1. 新規 2. 脱退 3. 転出 4. 転入 5. 氏名訂正 6. 生年月日訂正 7. 性別訂正 8. 死亡

異動がなく空欄の場合

印字のご登録内容に異動または訂正がない場合はご提出不要です。申込コードに記載のあるページを送付ください。  
※提出しなかった方の分、申込コード未記入の方は自動的に現在の内容で加入継続となります。

★【同意印欄】新規加入・増額時のみ必要  
本制度の加入申請資料(パソコン)に記載の内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を了承し、申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は、事実と異なることがないことを告知するようご承諾されたことに基づきご提出することと、契約内容(保険内容・保険金額等)が申込書の意向(コース)に合致していることを確認の上でご提出します。また、個人情報(年齢)について受取人となることを承認し、同意します。

(4) 「2.脱退・3.転出」の場合【加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) ご記入例】

1

**令和4年5月〇日まで**

**社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)**  
加入申込書兼告知書・異動報告書

シブラルタ生命保険株式会社 御中

下記の「加入(異動)日」から効力が発生することを承知のうえ、本申込をいたします。新規加入または増額の申込者は、正常に勤務または就業し、かつ本保険契約の加入資格を有しており、この申込書兼告知書に記載の事項および告知した事項は、事実と相違ありません。また申込日から加入(増額)日まで健康状態に変化が生じた場合は、改めて告知をいたします。もし上記に相違した場合は、契約またはその一部が解除されても異議ありません。

加入日  
異動日

令和 8 4 年 8 7 月 1 日

お申込(告知)日  
(記入日)

令和 8 4 年 8 4 月 2 6 日

契約者  
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

法人名・施設名(ゴム印可) 2 施設印

**福) 福寿鶴亀会**

**特養) ひかり園**

県コード

施設種類コード

事業所コード

0 0 0 1 3 0 0 2 0 2 1 0 0 0 0 0 9

**【被保険者の告知事項】**

(1) 申込(告知日)現在、休業・欠勤していますか。また病気や外傷による就業制限(\*)がありますか。

(2) 過去1年以内に病気または外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。

(\*)「就業制限」とは、勤務先または医師等により労働時間の短縮、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。

※告知事項(1)または(2)が「はい」の場合は、告知欄について「はい」を○印のうえ別途「被保険者の告知書」を提出してください。

(1)(2)いずれも該当しなければ「いいえ」を選択してください。

「いいえ」の場合は被保険者の告知書の提出は不要です。

個人情報の取扱いについて

社会福祉施設従事者相互保険の運営にあたっては、公益財団法人社会福祉振興・試験センターは加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)を取り扱い、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契約を締結する生命保険会社(共同取組会社を含みます。以下同じ)へ提供いたします。公益財団法人社会福祉振興・試験センターは当該保険制度の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのために使用します。生命保険会社は受領した個人情報を各種保険の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用し(注)、また、公益財団法人社会福祉振興・試験センター、他の生命保険会社および再保険会社へ上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き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においてそれぞれ上記に準じ個人情報を取り扱われます。なお、団体定期保険契約の委託会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報の変更後の委託会社に提供されます。

(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

申込コード	被保険者番号 (新規加入者は記入不要)	被保険者氏名(カタカナ)		性別	生年月日			保険金受取人	現在加入保険金額 (万円)	新保険金額 (万円)	告知欄 (新規・増額) 上記告知事項に 該当しますか*		被保険者同意印 ★参照	お届け記入欄
					年	月	日				いいえ	はい		
2	0859401	アンドウ	タロウ	男	13	6	11027	施設 経営者	300	888	いいえ	はい	印	4
3	0893079	カメダ	ハナコ	女	24	1	00830	施設 経営者	300	888	いいえ	はい	印	5
8	0829641	サトウ	イチコ	女	23	2	61225	施設 経営者	300	888	いいえ	はい	印	年齢超過による 自動脱退
去 施 印	31400	タナカ	クミ	女	23	5	60214	施設 経営者	300	888	いいえ	はい	印	
1	8888888				8	8	88888	施設 経営者		888	いいえ	はい	印	

【申込コード】  
1.新規 2.脱退 3.転出 4.転入 5.氏名訂正 6.生年月日訂正 7.性別訂正 8.死亡

性別 1.男 2.女  
年号 3.昭和 4.平成

★【同意印欄】新規加入・増額時のみ必要  
本制度の加入勧奨資料(パンフレット)に記載の内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を完了し、申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は、事実と相違ないこと、および告知(照会)生命保険会社の職員(代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを拒否された場合は事実と異なることを告知するよう)に勧められたことのないことを誓約するとともに、契約内容(保障内容・保険金額等)が申込者の意向(ニーズ)に合致していることを確認のうえで申込みます。また個人情報の取扱いについて受取人とともに承認し、同意します。

生命保険会社使用欄

募集会社 CD	支店 CD	取扱者 CD
---------	-------	--------

従前-001 (2022)

No.	項目	内容
1	お申込日(記入日)	ご記入日となります
2	施設印	施設(事業所)印を押印ください
3	申込コード	脱退は「2」、転出は「3」をご記入ください ※異動がある場合は必ず申込コードをご記入ください ※氏名等に二重線は不要です
4	転出先施設	転出先施設名をご記入ください
5	お届け記入欄の印字	更新日付で年齢超過のため自動脱退となる方について印字されます (昭和26年1月2日から昭和27年1月1日まで生まれの方) ※脱退手続(申込コード「2」記入・提出)は不要です
6	申込の取消し・訂正について	記入した内容に取消しが発生した場合は、申込コードに対し行ってください。二重線を引き、施設印で訂正印を押印ください 申込コード番号の訂正の場合、余白に正しい番号をご記入ください

6



(5) 「5.氏名訂正・6.生年月日訂正・7.性別訂正・8.死亡」の場合【加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) ご記入例】

1

**令和4年5月〇日まで**

**社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)**  
加入申込書兼告知書・異動報告書

シブラルク生命保険株式会社 御中

下記の「加入(異動)日」から効力が発生することを承知の上、本申込をいたします。新規加入または増額の申込者は、正常に勤務または就業し、かつ本保険契約の加入資格を有してあり、この申込書兼告知書に記載の事項および告知した事項は、事実と相違ありません。また申込日から加入(増額)日までに健康状態に変化が生じた場合は、改めて告知をいたします。もし上記に相違した場合は、契約またはその一部が解除されても異議ありません。

加入日  
異動日 **令和 4 年 8 月 7 日**

お申込(告知)日  
(記入日) **令和 4 年 8 月 26 日**

契約者  
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

個人情報の取扱いについて  
社会福祉施設従事者相互保険の運営にあたっては、公益財団法人社会福祉振興・試験センターは加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)を取り扱い、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契約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。公益財団法人社会福祉振興・試験センターは当該保険制度の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのために使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報各種保険の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用し(注)、また、公益財団法人社会福祉振興・試験センター、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。なお、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き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においてそれぞれ上記に準じ個人情報を取り扱われます。なお、団体定期保険契約の委託会社は、今後、変更する場合があります。その場合、個人情報の変更後の委託会社に提供されます。(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

【被保険者の告知事項】

(1) 申込(告知)日現在、休業・欠勤していますか。また病気や外傷による就業制限(\*)がありますか。

(2) 過去1年以内に病気または外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。

(\*)就業制限とは、勤務先または医師等により労働時間の短縮、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。

※告知事項(1または2)が「はい」の場合は、告知欄について「はい/否〇印のうえ別途『被保険者の告知書』を提出してください。

(1)(2)いずれも該当しなければ「いいえ」を選択してください。

【いいえ】場合は被保険者の告知書の提出は不要です。

法人名・施設名(ゴム印)

**福)福寿鶴亀会  
特養)ひかり園**

**施設印**

県コード	施設種類コード	事業所コード
00013	00202	1000009

申込 下 3	被保険者番号 (新規加入者は記入不要)		被保険者氏名(カタカナ)		性別	生年月日			保険金 受取人	現在加入 保険金額 (万円)	新保険金額 (万円)	告知欄 (新規・増額) 上記告知事項に 該当しますか*		被保険者 同意印 ★参照	お届出記入欄 ●転出・転入の場合は施設名をご記入 ください。 ●死亡の場合は死亡日に記入ください					
	1	2	姓	名		年	月	日				いいえ	はい							
5	0	859402	セイ アノドウ	メイ キミエ	2	3	6	1	1	0	2	7	施設 経営者	3	0	0	いいえ	はい	施設印	サイトウ
4	6	0893079	セイ カメダ	メイ ハナコ	2	4	1	0	0	8	3	0	施設 経営者	3	0	0	いいえ	はい	施設印	12 H# 施設 印
5	7	0831400	セイ タナカ	メイ クミ	2	3	5	6	0	2	1	4	施設 経営者	3	0	0	いいえ	はい	施設印	男
6	8	0889053	セイ ナカタ	メイ ヒサエ	2	4	0	5	0	3	0	9	施設 経営者	3	0	0	いいえ	はい	施設印	R3.3.26
6	9	0859403	セイ ワタナベ	メイ ハジメ	1	3	6	0	0	9	2	3	施設 経営者	3	0	0	いいえ	はい	施設印	

【申込コード】

1.新規 2.脱退 3.転出 4.転入 5.氏名訂正 6.生年月日訂正 7.性別訂正 8.死亡

性別 1.男 2.女  
年号 3.昭和 4.平成

★【同意印】新規加入・増額時のみ必要  
本制度の加入給付資料(パンフレット)に記載の内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を了承し、申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は、事実と相違ないこと、なにかに告知に照し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げられたりあるは事実と異なることを告知するように勧められたことはないことを契約するとともに、契約内容(保険内容・保険金額等)が申込者の意向(二一)に合致していることを確認の上で申込します。また個人情報の取扱いについて受取人とは事前に告知し、同意します。

生命保険会社使用欄

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

従前 - 001 (2022)

No.	項目	内容
1	お申込日(記入日)	ご記入日となります
2	施設印	施設(事業所)印を押印ください
3	氏名訂正	申込コード「5」、訂正前(印字)箇所を抹消、変更後カナ名を「お届出記入欄」へご記入ください <b>※異動がある場合は必ず申込コードをご記入ください</b>
4	生年月日訂正	申込コード「6」、訂正前(印字)箇所を抹消、訂正後生年月日を「お届出記入欄」へご記入ください <b>※異動がある場合は必ず申込コードをご記入ください</b>
5	性別訂正	申込コード「7」、訂正前(印字)箇所を抹消、訂正後性別を「お届出記入欄」へご記入ください <b>※異動がある場合は必ず申込コードをご記入ください</b>
6	死亡	申込コード「8」、「お届出記入欄」へ死亡年月日をご記入ください <b>※異動がある場合は必ず申込コードをご記入ください</b>
7	申込の取消し・訂正について	記入した内容に取消しが発生した場合は、申込コードに対し行ってください。二重線を引き、施設印で訂正印を押印ください 申込コード番号の訂正の場合、余白に正しい番号をご記入ください
8	記載内容の訂正について	記入した内容に内容に誤りがある場合は、二重線を引き施設印を押印し、正しい内容を余白に記入ください

7

(6) 「1.新規・4.転入」の場合【加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) ご記入例】

1 令和4年5月〇日まで 社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険) 加入申込書兼告知書・異動報告書

加入日 令和4年8月7日 契約者 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

お申込(告知)日(記入日) 令和4年8月26日

法人名・施設名(ゴム印) 福)福寿鶴亀会 特養)ひかり園

施設印

県コード 00013002021000009

【被保険者の告知事項】  
 (1) 申込(告知日)現在、休業・欠勤していますか、また病気や外傷による就業制限(\*)がありますか。  
 (2) 過去1年以内に病気または外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。  
 (\*「就業制限」とは、勤務先または医師等により労働時間の短縮、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。  
 ※告知事項(1)または(2)が「はい」の場合は、告知欄について「はい」印のうえ別途「被保険者の告知書」を提出してください。  
 (1)(2)いずれも該当しなければ「いいえ」を選択してください。  
 「いいえ」の場合は被保険者の告知書の提出は不要です。

申込コード	被保険者番号 (新規加入者は記入不要)	被保険者氏名(カタカナ)	性別 1.男 2.女	生年月日 年 月 日 年号 3.昭和 4.平成	保険金受取人	現在加入保険金額 (万円)	新保険金額 (万円)	告知欄	被保険者同意欄	お届出記入欄 (記入) ●戻りの場合は既に日付記入済み
1	88888888	ウエダ ノゾミ	2	23560724	施設経営者		300	いいえ	上田	
4	0811553	ヤマダ ハナコ	1	88888888	施設経営者	300	300	いいえ	印	
4	0859402	アンドウ タロウ	1	88888888	施設経営者	150	300	いいえ	安藤	さらめき園
1	88888888	スズキ スズコ	2	24100830	施設経営者		300	いいえ	鈴木	
1	88888888	サイトウ ミキ	2	24111225	施設経営者		300	いいえ	青森	

【申込コード】  
 1.新規 2.脱退 3.転出 4.転入 5.氏名訂正 6.生年月日訂正 7.性別訂正 8.死亡

性別 1.男 2.女  
 年号 3.昭和 4.平成

★【同意印欄】新規加入・増額時のみ必要  
 本制度の加入動向資料(ハズレット)に記載の内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を承知し、申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は、事実と相違ないこと、ならびに告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げたりあるは事実と異なることを告知するようご協力をいただくことを要するに、契約内容(保険金額・保険金額等)が申込書の欄に一致し合致していることを確認の上で申込みます。また個人情報の取扱いについて受取人と互に承知し、同意します。

No.	項目	内容
1	お申込日(記入日)	ご記入日となります
2	施設印	施設(事業所)印を押印ください
3	申込コード	新規(追加)加入は「1」、転入は「4」をご記入ください <b>※異動がある場合は必ず申込コードをご記入ください</b>
4	被保険者情報記入欄	被保険者氏名欄は「カタカナ」のみ、性別は男性は「1」女性「2」、生年月日元号は昭和は「3」平成は「4」、ご加入保険金額をご記入ください
5	告知欄	告知事項のいずれも該当なしの場合は「いいえ」に、ひとつでも該当ありの場合は「はい」に○で囲んでください <b>「はい」の場合、別添の「被保険者の告知書」をご提出ください</b> <b>※記入がない場合、ご希望の加入月に添えない場合があります</b>
6	被保険者同意印欄	被保険者(ご加入者)印を押印ください(シャチハタ可、訂正用の豆印は不可) <b>※押印がない場合、ご希望の加入月に添えない場合があります</b>
7	転入の場合の被保険者情報記入欄	「被保険者番号」「被保険者カタカナ名」「現在加入保険金額」「新保険金額」「転入元施設名」をご記入ください <b>※転入時に保険金額が増額の場合は「健康状態の告知」および「被保険者同意印」の押印が必要です</b>
8	告知欄の訂正について	告知欄の訂正は、被保険者同意印と同一印での訂正印が必ず必要です <b>(施設印、訂正用の豆印は不可)</b>
9	申込の取消し・訂正について	記入した内容に取消しが発生した場合は、申込コードに対し行ってください。二重線を引き、施設印で訂正印を押印ください 申込コード番号の訂正の場合、余白に正しい番号をご記入ください
10	記載内容の訂正について	記入した内容に内容に誤りがある場合は、二重線を引き施設印を押印し、正しい内容を余白に記入ください

**ご確認ください**  
 加入者の転出入は、転入先施設からの手続きが必要です。転出先施設は転入先施設と連絡を取って、**必ず転入先施設から手続きを行うようご確認**ください  
 転出の届出のみで、**転入の届出がない場合は異動処理が行われません**のでご注意ください

(7) 「1.新規・4.転入での増額」で告知『はい』の場合 【被保険者の告知書 ご記入例】

《ご記入要領》

- この書面による告知は、加入をお受けするかどうかを決める重要な事項です。
- お申込者ご本人が告知日現在の状況をありのままに正確にもれなくご記入ください。
- 誤ってご記入された場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
なお、訂正箇所には被保険者本人のお名前（サイン）をご記入ください。
- 告知内容によって、追加で資料のご提出をいただく場合があります。

団体定期保険 被保険者の告知書		この欄は試験センター使用欄ですので 記入・押印しないでください。											
<p>《個人情報の取り扱い》 本保険契約の運営にあたっては、契約者は加入対象者(被保険者)の個人情報を取扱い、契約者が保険契約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。)へ提出いたします。契約者は、本保険の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのために使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金の支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、また、この目的の範囲内で契約者、他の生命保険会社および再保険会社に提供します。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。 なお、引受保険会社は今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。 (注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。</p>		<p>公益財団法人 社会福祉振興・試験センター</p> <p>県コード、施設種類コード、 事業所コードをご記入ください。</p> <table border="1"> <tr> <th>団体番号</th> <th>県コード (管理番号1)</th> <th>施設種類コード (管理番号2)</th> <th>事業所コード (管理番号3)</th> </tr> <tr> <td>79166</td> <td>00013</td> <td>00202</td> <td>111111</td> </tr> </table>				団体番号	県コード (管理番号1)	施設種類コード (管理番号2)	事業所コード (管理番号3)	79166	00013	00202	111111
団体番号	県コード (管理番号1)	施設種類コード (管理番号2)	事業所コード (管理番号3)										
79166	00013	00202	111111										
<p>「被保険者の告知書」を記入する日 をご記入ください。</p>													
<p>＜加入対象者(被保険者)の同意確認事項＞ 告知書記載の告知事項は、事実と相違ないこと、ならびに告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げられたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧められたことはないことを誓約するとともに、本帳票に記載の個人情報の取り扱いについて同意します。</p>													
告知日		2022年 4月 7日		生年月日									
被保険者氏名 (カタカナ)		イワモト イチロウ		昭和 55年 5月 5日 平成									
勤務先 または所属		特養) 鶴峰苑		*被保険者が未成年の場合									
申込区分		新規加入 ・ 増額		親権者 (セイ)									
新保険金額		500 万円		続柄									
		*増額の場合 既加入 保険金額											
<p>告知事項1・2いずれか「はい」のときは、告知欄のA～Fの項目について傷病名、症状等をくわしくご記入ください。(複数の傷病等が該当する場合はすべてご記入ください。)</p>													
<p>※つぎの告知事項1・2の項目について、「はい」「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。</p>													
<p>告知事項1・2いずれも「いいえ」の場合は加入申込書の告知欄は「いいえ」が正当であり、告知書の提出は不要です。</p>													
<p>申込(告知日)現在、休業・欠勤していますか。 また病毎や外傷による就業制限がありますか。</p>		<p>いいえ</p> <p>はい</p> <p>いいえ</p> <p>はい</p>											
<p>過去1年以内に病気または外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。</p>		<p>いいえ</p> <p>はい</p>											
<p>太枠内を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ、必ずすべての箇所に被保険者本人のお名前(サイン)をご記入ください。</p>													
<p>「はい」の場合右欄記入</p>													
<p>告知事項1または2が「はい」の場合は、この欄に詳しくご記入ください。また複数の傷病がある場合も全てご記入ください。</p> <p>A. 病名やケガの名前、障害の部位・内容、休業事由等</p> <p>十二指腸かいよう</p> <p>B. 治療(診察・検査・指示・指導を含みます)・投薬期間</p> <p>2021年10月～2021年12月まで(80日間)</p> <p>C. 入院の有無 ◎入院の期間</p> <p>あり ⇒ 2021年11月～2021年12月まで(20日間)</p> <p>なし</p> <p>D. 手術の有無 ◎手術の名前、部位</p> <p>あり ⇒ かいようの手術(十二指腸)</p> <p>なし</p> <p>E. 症状経過</p> <p>完治 ⇒ 終診年月 2021年12月</p> <p>治療中 ⇒ 現在の治療(診察・検査・指示・指導を含みます)内容</p> <p>F. 就業状況</p> <p>正常就業中 制限就業中 欠勤中</p> <p>G. 高血圧症の場合のみ記入(最近の血圧数値)</p> <p>血圧値(最高 mmHg/最低 mmHg)</p> <p>H. 糖尿病の場合のみ記入</p> <p>治療方法 投薬 注射 食事</p> <p>直近の空腹時血糖値 ( mg/dl )</p> <p>I. 肝臓疾患の場合のみ記入(最近の肝機能検査数値)</p> <p>GOT ( IU/l) GPT ( IU/l) γ-GTP ( IU/l)</p>													
<p>G～Iの項目は、告知欄Aに「高血圧症」、「糖尿病」、「肝臓疾患」について記載された場合のみ、それぞれの箇所に最近の検査値をご記入ください。</p>													
<p>最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことをご確認ください。事実を記入されなかつた場合は、保険金等のお支払ができない場合がありますので、十分にご注意ください。</p>													
<p>告知内容はお申込みにあたり重要事項ですので、本告知書のお控えをお取り頂くことをおすすめいたします。</p>													
<p>生保処理欄</p>													
<p>承諾 謝絶 承認日・承諾者 受付日</p>													

## 2. 更新時 コース変更 (増額の場合)

### (1) 【届出事項申込(変更)届(2表) ご記入例】

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**

シ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・変更届出施設(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。

**1** 登録日(変更日) **令和 8 4 年 8 7 月 1 日** お申込日(記入日) **令和 8 4 年 8 4 月 2 6 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。

**5** 申込区分  新規  変更  
(変更のある項目のみご記入ください。)

**3** 法人名・施設名(ゴム印可) **福) 福寿鶴亀会** 施設印 **施設印**  
**特養) ひかり園**

**4** 県コード 00013 施設種類コード 00202 事業所コード 1000009

対象の項目の□にレ印をご記入ください。

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 _____		

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。

**6** <ご加入のコースについて>

現在ご加入コース **D** コース → 新規および変更後コース **F** 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	加入者 CD	加入者 CD	加入者 CD
---------	--------	--------	--------

従相-002 (2022)

No.	項目	内容
1	登録日(変更日)	コース変更(増額・減額)日は更新日(7月1日)のみです
2	お申込日(記入日)	ご記入日となります
3	施設名・施設印	施設(事業所)名のご記入(ゴム印可)、施設(事業所)印を押印ください
4	県コード・施設種類コード・事業所コード	ご登録のコード(お手元の名簿でご確認のうえ)をご記入ください
5	申込区分	「変更」項目の□にレ印(チェック)をご記入ください
6	ご加入コース欄	「現在ご加入コース」「変更後ご加入コース」をご記入ください あわせて「加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)」をご記入・ご提出ください

(2) 増額の場合【加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) ご記入例】

1

**令和4年5月0日まで**

**社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)**

加入申込書兼告知書・異動報告書

シプラタ生命保険株式会社 御中

下記の「加入(異動)日」から効力が発生することを承知のうえ、本申込をいたします。新規加入または増額の申込者は、正常に勤務または就業し、かつ本保険契約の加入資格を有しており、この申込書兼告知書に記載の事項および告知した事項は、事実と相違ありません。また申込日から加入(増額)日まで健康状態に変化が生じた場合は、改めて告知をいたします。もし上記に相違した場合は、契約またはその一部が解除されても異議ありません。

加入日  
異動日

令和 8 4 年 8 7 月 1 日

お申込(告知)日  
(記入日)

令和 8 4 年 8 4 月 2 6 日

個人情報の取扱いについて

社会福祉施設従事者相互保険の運営にあたっては、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)を取り扱い、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契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社)を含みます。以下同様に提供いたします。公益財団法人社会福祉振興・試験センターは当該保険制度の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのために使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を各保険の引受け・継続・維持管理・保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用し(注)、また、公益財団法人社会福祉振興・試験センター、他の生命保険会社および再保険会社以上に上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き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においてそれぞれ上記に準じ個人情報を取り扱われます。なお、団体定期保険契約の委託会社は、今後、変更する場合があります。その場合、個人情報の変更後の委託会社に提供されます。

(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

【被保険者の告知事項】

(1) 申込(告知日)現在、休業・欠勤していますか、また病気や外傷による就業制限(\*)がありますか。

(2) 過去1年以内に病気または外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。

(\*)就業制限とは、勤務先または医師等により労働時間の短縮、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。

※告知事項(1)または(2)が「はい」の場合は、告知欄について「はい」の○のうえ別途「被保険者の告知書」を提出してください。

(1)(2)いずれも該当しなければ「いいえ」を選択してください。

「いいえ」の場合は「被保険者の告知書」の提出は不要です。

契約者  
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

法人名・施設名(ゴム印可)

**福) 福寿鶴亀会  
特養) ひかり園**

県コード 施設種類コード 事業所コード

0 0 0 1 3 0 0 2 0 2 1 0 0 0 0 0 9

申込コード	被保険者番号 (新規加入者は記入不要)	被保険者氏名(カタカナ)		性別	生年月日			保険金受取人	現在加入保険金額 (万円)	新保険金額 (万円)	告知欄 (新規・増額) 上記告知事項に該当しますか。	被保険者同意印	お届出記入欄		
					年	月	日								
1	0859401	セイ	アンドウ	メイ	タロウ	13	61	10	27	施設経営者	3000	500	はい	安藤	
1	0893079	セイ	カメダ	メイ	ハナコ	24	10	08	30	施設経営者	3000	500	はい	亀田	
1	8888888	セイ		メイ		88	88	88	88	施設経営者	8888	8888	いいえ	印	
1	8888888	セイ		メイ		88	88	88	88	施設経営者	8888	8888	はい	印	
1	8888888	セイ		メイ		88	88	88	88	施設経営者	8888	8888	いいえ	印	

【申込コード】 1.新規 2.脱退 3.転出 4.転入 5.氏名訂正 6.生年月日訂正 7.性別訂正 8.死亡

性別 1.男 2.女  
年号 3.昭和 4.平成

★【同意印欄】新規加入・増額時のみ必要  
本制度の加入給付資料(パンフレット)に記載の内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を了承し、申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は、事実と相違ないこと、ならびに告知の際に生命保険会社の職員(代理店)団体の事務担当者から事業を告知する旨を伝えられた場合は、事実と異なることを告知するよう勧められたことはないことを誓約するとともに、契約内容(保障内容・保険金額等)が申込者の意向(ニーズ)に合致していることを確認のうえ申込みます。また個人情報の取扱いについて受取人とともに承知し、同意します。

No.	項目	内容
1	お申込日(記入日)	ご記入日となります
2	施設印	施設(事業所)印を押印ください
3	新保険金額欄	変更後の保険金額をご記入ください
4	告知欄	告知事項のいずれも該当なしの場合は「いいえ」に、ひとつでも該当ありの場合は「はい」に○で囲んでください 「はい」の場合、別添の「被保険者の告知書」をご提出ください ※記入がない場合、ご希望の加入月に添えない場合があります
5	被保険者同意印欄	被保険者(ご加入者)印を押印ください(シャチハタ可、訂正用の豆印は不可) ※押印がない場合、ご希望の加入月に添えない場合があります
6	告知欄の訂正について	告知欄の訂正は、被保険者同意印と同一印での訂正印が必ず必要です(施設印、訂正用の豆印は不可)

11

### 3. 毎月の異動報告時

【加入申込書兼告知書・異動報告書(1表) ご記入例】

1

**社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)**  
加入申込書兼告知書・異動報告書

ツブラタ生命保険株式会社 豊中  
下記①(加入(異動)日)から効力が発生することを承知の上、本申込をいたします。新規加入または増額の申込者は、正常に勤務または就業し、かつ本保険契約の加入資格を有して、この申込書兼告知書に記載の事項および告知した事項は、事実と相違ありません。また申込日から加入(増額)日まで健康状態に変化が生じないこと、改めて告知をいたします。もし上記に相違した場合は、契約またはその一部が解除されるも責任はありません。

加入日(異動日) **令和 4 年 8 月 9 日**

お申込(告知)日(記入日) **令和 4 年 8 月 15 日**

契約者  
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

【被保険者の告知事項】  
(1) 申込(告知)日現在、休業・欠勤していますか、また病気や外傷による就業制限(\*)がありますか。  
(2) 過去1年以内に病気がまたは外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。  
(\*)「就業制限」とは、勤務先または医師等により労働時間の短縮、時間が労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。  
※告知事項(1)または(2)が「はい」の場合は、告知欄について「はい」の○印のうえ別途「被保険者の告知書」を提出してください。  
(1)「いいえ」の場合、捺印してご提出ください。  
(2)「いいえ」の場合は「被保険者の告知書」の提出は不要です。

法人名・施設名(ゴム印) **福) 福寿鶴会  
特養) ひかり園**

施設印 **施設印**

県コード 施設種類コード 事業所コード  
0 0 0 1 3 0 0 2 0 2 1 0 0 0 0 9

申込下	被保険者番号 (新規加入者は記入不要)	被保険者氏名(カタカナ)	性別 1.男 2.女	生年月日 年 月 日	保険金受取人	現在加入 保険金額 (万円)	新保険金額 (万円)	告知欄 (新規・増額) 上記告知事項に 該当するかどうか	被保険者 同意印 ★参照	お届出記入欄
1	08888888	ウエダ ノゾミ	2	23560724	施設 経営者		300	いいえ	上四	
2	0859401	アンドウ タロウ		88888888	施設 経営者		888	いいえ	印	
3	0893079	カメダ ハナコ		88888888	施設 経営者		888	はい	印	めぐみ園
4	0811553	ヤマダ ハナコ		88888888	施設 経営者	300	300	いいえ	印	ひかり園
4	0859405	コンドウ ゴロウ		88888888	施設 経営者	150	300	いいえ	近藤	きらめき園

【申込コード】  
1. 新規 2. 脱退 3. 転出 4. 転入 5. 氏名訂正 6. 生年月日訂正 7. 性別訂正 8. 死亡

性別 1. 男 2. 女  
年号 3. 昭和 4. 平成

★【同意印欄】新規加入・増額時のみ必要  
本制度の加入・脱退資料(ハフレッツ)に記載の内容(契約内容・注意喚起情報)を含む捺印し、申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は、事実と相違ないこと、ならびに告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当等から事実を照会することを妨げられないこと、ならびに事実と異なることを告知すること、認められたことのないことを誓約する。また、契約内容(契約内容・保険金額等)が申込書の趣旨(一)に合致していることを確認の上で申込みます。また、個人情報の取扱いについて受取人とともに承諾し、同意します。

No.	項目	内容
1	加入日(異動日)	事務局に書類が到着した月の翌々月1日となります
2	お申込(告知)日(記入日)	ご記入日となります
3	施設名・施設印	施設(事業所)名・施設(事業所)印はご提出用紙全てに必要です
4	県コード・施設種類コード・事業所コード	ご登録のコード(お手元の名簿でご確認)をご記入ください
5	新規加入	申込コード「1」、被保険者氏名欄「カタカナ」のみ、性別「男性：1、女性：2」、生年月日元号は「昭和：3、平成：4」、新保険金額欄にご加入保険金額をご記入ください 【告知欄】告知事項のいずれも該当なしの場合は「いいえ」に、ひとつでも該当ありの場合は「はい」に○で囲んでください 告知欄の訂正は、被保険者同意印と同一印での訂正印が必ず必要です(施設印、訂正用の豆印は不可) 「はい」の場合、別添の「被保険者の告知書」をご提出ください ※記入がない場合、ご希望の加入月に添えない場合があります 【被保険者同意印欄】被保険者(ご加入者)印を押印してください(シャチハタ可、訂正用の豆印は不可) ※押印がない場合、ご希望の加入月に添えない場合があります
6	脱退	申込コード「2」、被保険者番号(お手元の名簿でご確認)、被保険者カナ名をご記入ください
7	転出	申込コード「3」、被保険者番号(お手元の名簿でご確認)、被保険者カナ名をご記入ください お届出記入欄に、転出先施設名をご記入ください
8	転入	申込コード「4」、「被保険者番号」「被保険者カタカナ名」「現在加入保険金額」「新保険金額」「転入元施設名」をご記入ください
9	転入時に増額の場合	「告知欄」のご記入および「被保険者同意印」の押印が必要です

**ご確認ください**  
加入者の転出入は、転入先施設からの手続きが必要です。転出先施設は転入先施設と連絡を取って、必ず転入先施設から手続きを行うようご確認ください  
転出の届出のみで、転入の届出がない場合は異動処理が行われませんのでご注意ください

12

# 1

## 社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険) 加入申込書兼告知書・異動報告書

ブライト生命保険株式会社 御中  
下記の加入(異動)日(効力)が発生することを承知の上、本申込をいたします。新規加入または増額申込者は、正常に勤務または就業し、かつ本保険契約の加入資格を有して、この申込書兼告知書に記載の事項および告知した事項は、事実と相違ありません。また申込日から加入(増額)日まで健康状態に変化が生じた場合は、改めて告知をいたします。もし上記に相違した場合は、契約またはその一部が解除されも異議ありません。

加入日  
異動日 **令和 8 4 年 8 9 月 1 日**

お申込(告知)日  
(記入日) **令和 8 4 年 8 7 月 1 5 日**

契約者  
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

【被保険者の告知事項】  
(1) 申込(告知日)現在、休業・欠勤していませんか。また病気や外傷による就業制限(\*)がありますか。  
(2) 過去1年以内に病気または外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。  
(\*)就業制限とは、勤務先または医師等により労働時間の短縮、長時間労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。  
※告知事項(1)または(2)が「はい」の場合は、告知欄について「はい」印のうえ別途「被保険者の告知書」を提出してください。  
(1)「はい」も該当しなげば「はい」印を捺印してください。  
(2)「はい」の場合は「被保険者の告知書」の提出は不要です。

法人名・施設名(ゴム印可) **福) 福寿鶴亀会 特養) ひかり園**

施設印 **施設印**

県コード 施設種類コード 事業所コード  
00013002021000009

個人情報の取扱いについて  
社会福祉施設従事者相互保険の運営にあたっては、公益財団法人社会福祉振興・試験センターは加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)を取り扱い、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契約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。公益財団法人社会福祉振興・試験センターは当該保険制度の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのために使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を各種保険の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用いたします。また、公益財団法人社会福祉振興・試験センター、他の生命保険会社および再保険会社以上目的の範囲内で提供いたします。なお、今後、個人情報の変更が発生した際も、引き続き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においてそれぞれ上記に準じ個人情報を取り扱われます。なお、団体定期保険契約の委託会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報の変更後の委託会社に提供されます。  
(注)保健医療等の機能(センシング)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

申込 コード	被保険者番号 (新規加入者は記入不要)	被保険者氏名(カタカナ)	性別	生年月日			保険金 受取人	現在加入 保険金額 (万円)	新保険金額 (万円)	告知欄 (新規・増額) 上記告知事項に 該当していませんか		被保険者 同意印 ★参照	お届出記入欄 ● 転出・転入の場合は施設名を記入 ください。 ★ 転入の場合は死亡を記入ください
				年	月	日				はい	いいえ		
5	0859402	アンドサ キミエ	女	23	6	11027	施設 経営者	888	888	はい	いいえ	印	サイトウ
6	0893079	カメダ ハナコ	女	24	10	0830	施設 経営者	888	888	はい	いいえ	印	H11.8.30
7	0831400	タナカ クミ	女	23	5	60214	施設 経営者	888	888	はい	いいえ	印	男
8	0889053	ナカタ ヒサエ	女	24	0	50309	施設 経営者	888	888	はい	いいえ	印	R4.3.26
5	089403	ラタノエ ハジメ	女	13	6	00923	施設 経営者	888	888	はい	いいえ	15 印	サイトウ 施設 印

【申込コード】  
1. 新規 2. 脱退 3. 転出 4. 転入 5. 氏名訂正 6. 生年月日訂正 7. 性別訂正 8. 死亡

性別 1. 男 2. 女  
年号 3. 昭和 4. 平成

★【同意印欄】新規加入・増額時のみ必要  
本制度の加入勤労資料(リフシート)に記載の内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を了承し、申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は、事実と相違ないこと、および告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当から事実を告知することを拒み、かつあるいは事実と異なることを告知するように勧められたことのないことを誓約するとともに、契約内容(保険料等・保険金額等)が申込書の意向(一)に合致していることを確認の上で申込みます。また個人情報の取扱いについて受取人と在任・退任し、同意します。

No.	項目	内容
10	氏名訂正	申込コード「5」、訂正前(印字)箇所を抹消、変更後カナ名を「お届出記入欄」へご記入ください ※異動がある場合は必ず申込コードをご記入ください
11	生年月日訂正	申込コード「6」、訂正前(印字)箇所を抹消、訂正後生年月日を「お届出記入欄」へご記入ください ※異動がある場合は必ず申込コードをご記入ください
12	性別訂正	申込コード「7」、訂正前(印字)箇所を抹消、訂正後性別を「お届出記入欄」へご記入ください ※異動がある場合は必ず申込コードをご記入ください
13	死亡	申込コード「8」、「お届出記入欄」へ死亡年月日をご記入ください ※異動がある場合は必ず申込コードをご記入ください
14	申込の取消し・訂正について	記入した内容に取消しが発生した場合は、申込コードに対し行ってください。二重線を引き、施設印で訂正印を押印ください 申込コード番号の訂正の場合、余白に正しい番号をご記入ください
15	記載内容の訂正について	記入した内容に内容に誤りがある場合は、二重線を引き施設印を押印し、正しい内容を余白に記入ください

## 4. 其他のお手続きについて

各詳しいご案内については「社会福祉施設従事者相互保険」のHPをご覧ください。

社会福祉施設従事者相互保険

検索



[http://www.sssc.or.jp/hoken/hoken\\_01\\_office.html](http://www.sssc.or.jp/hoken/hoken_01_office.html)

### (1) 増設施設が新規にご加入の場合

法人一括管理とされない施設の増設については、改めて新規加入のご案内をさせていただきます。

現在担当させていただいている引受生命保険会社の営業担当者へご連絡ください。

※ 不明な場合は試験センターにご連絡ください。

### (2) 保険掛金を口座振替とされている施設様へ

現在、掛金の振替として登録されている金融機関を変更される場合は、試験センターHPよりご請求、またはご連絡ください。変更に係る書面、預金口座振替依頼書を送付させていただきます。

なお、7月の掛金振替より新口座の適用をご希望される場合、5月5日(木)(消印有効)までに提出ください。

※ 1月の掛金振替の場合、12月5日(月)(消印有効)までの提出となります。

※ 代表者氏名の変更のみの場合、掛金の振替、割戻金の振込が、各金融機関様のご判断で可能な事がありますが、念のため変更をお願いいたします。

※ 割戻金の振込先口座は特段のお申し出がない限り掛金の振替口座と同一とさせていただきます。

### (3) 保険掛金を払込票による振込とされている施設様へ

払込票による振込の施設様は割戻金の受取口座を登録いただいております。割戻金の振込先を変更される場合は、事務の手引きの「割戻金受取指定口座登録・変更届」のページをコピーして提出ください。

また、払込票による掛金の振込から口座振替に変更をご希望される場合、試験センターのHPよりご請求または試験センターにご連絡ください。掛金振替登録に係る書面、預金口座振替依頼書を送付させていただきます。

なお、7月の掛金振替より新口座の適用をご希望される場合、5月5日(木)(消印有効)までに提出ください。

※ 掛金振替の場合、掛金1%の割引がございます。



## 5. 施設一括脱退について

- 施設一括脱退（全員脱退）は別途脱退届が必要です
- 毎年7月1日・1月1日のみの取扱いとなります  
7月1日脱退は5月31日まで、1月1日脱退は11月30日までにご提出ください
- 契約更新時に加入者が0人の施設は脱退となります  
再び加入される際は、7月か1月のみ加入できますのでご注意ください

## 6. 施設からのお問い合わせ・お申し出先

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター  
(社会福祉施設従事者相互保険事務局)  
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷1-5-6  
TEL : 03-3486-7511 FAX : 03-3486-7514  
(受付時間9:00～12:00 13:00～17:00 土・日・祝日を除く)

## 7. 社会福祉施設従事者相互保険 書類チェックシート

県コード	施設種類コード	事業所コード	法人/施設名
------	---------	--------	--------

### 2表 届出事項申込(変更)届 ※内容変更時のみ提出

登録日(変更日)、お申込日(記入日)を記入している。	<input type="checkbox"/>
施設名・施設印を記入押印している。	<input type="checkbox"/>
申込区分(変更)の□レ印を記入している。	<input type="checkbox"/>
変更必要項目を記入している。	<input type="checkbox"/>
県コード・施設種類コード・事業所コードを記入している。	<input type="checkbox"/>

### 1表 加入申込書兼告知書・異動報告書

印字されていない1表を使用した時は、加入日(異動日)・お申込日(記入日)・県コード・施設種類コード・事業所コードを記入している。	<input type="checkbox"/>
異動があった(申込コードを記載した)1表には、施設名・施設印を記入押印している。	<input type="checkbox"/>
<b>被保険者新規加入・転入に伴う増額の場合</b>	
申込コード・被保険者氏名(カタカナ)・性別・生年月日・新保険金額を記入し、同意印を押印している。	<input type="checkbox"/>
告知欄「いいえ」「はい」どちらかに○をつけている。	<input type="checkbox"/>
告知「はい」の場合は記入した被保険者の告知書が添付されている。	<input type="checkbox"/>
<b>被保険者新規加入・増額以外の手続きの場合</b>	
申込コード・被保険者番号・被保険者氏名(カタカナ)を記入している。	<input type="checkbox"/>
申込コード3～8の場合、お届出記入欄に必要事項を記入している。	<input type="checkbox"/>

### 【被保険者の告知書】(告知欄「はい」の場合)

施設担当者から被保険者へ確認	県コード・施設種類コード・事業所コードを記入している。	<input type="checkbox"/>
	告知日・被保険者氏名(カタカナ)・生年月日・性別を記入している。	<input type="checkbox"/>
	告知事項1・2の「いいえ」「はい」に○印を記入している。	<input type="checkbox"/>
	告知事項1または2が「はい」の場合、右欄に詳細を記入している。	<input type="checkbox"/>

## 8. 書類記入時のQ&A

Q1

印字されている1表は全て提出が必要でしょうか？

A1

全てのご提出は不要です。申込コードをご記入いただいた1表を提出ください  
(申込コードにご記入がない場合とご提出がない場合、現在のご加入内容で自動更新します)

Q2

加入申込書全てに施設印の押印は必要でしょうか？

A2

申込コードをご記入いただいた1表のみ施設印を押印ください  
(全く異動がない申込書はご提出不要です)

Q3

更新する被保険者(加入者)全員の告知・同意印は必要でしょうか？

A3

不要です。新規加入・転入に伴う増額の場合のみ必要です  
なお、施設で加入コースを増額変更とする場合、全員の告知・同意印が必要です

Q4

旧帳票(加入申込書)は使用できますか？

A4

旧帳票(オレンジ色、帳票右下「0.1.5(改)」)も一定期間ご使用いただけますが、新帳票(帳票右下「従相-001(2022)」)をご使用ください

Q5

2022年度の新規加入対象年齢範囲は？  
(2022年7月1日から2023年6月30日まで)

A5

昭和27年1月2日生まれから平成20年1月1日生まれまでの方となります  
満14歳6か月を超え、満70歳6か月までの方が対象です

Q6

新規加入の場合、被保険者番号はどうなりますか？

A6

被保険者番号は自動付番されます  
新規加入の方の被保険者番号はご記入不要です

Q7

転入と氏名訂正等を同時に手続きはできますか？

A7

転入と同時に手続き可能です。申込コード欄が2つありますので、上段に「4」転入、下段に「5」氏名訂正をご記入のうえ、お届出記入欄に転入元施設名、変更後カナ名等をご記入ください

Q8

ミドルネームがある方の被保険者氏名(カナ)の記入方法は？

A8

姓・名のどちらかにミドルネーム(カナ名)をご記入ください  
(スペース、アルファベットの記入は不可です)

Q9

外国籍の方で印鑑がない場合は？

A9

外国籍の方に限り、同意印欄にサイン(署名)の記入を認めます