2025年度版

7月更新時
従相保険クラブ
書類記入見本

●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。

注意

＜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黒ボールペン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）。
●訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押印ください（修正液・テープは使用不可）。**脱退の場合は、申込コード２を記入・二重線で消さないでください。**
●書類を提出される前に、23ページの「書類チェックシート」にて、書類の準備漏れや記入・押印漏れがないか、ご確認ください。
●不備があった場合、異動日（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。

2025年2月

試験センターホームページにカラー版が掲載されています

こんな時はこの書類！

役職員の入退社

- 職員が職場を辞めた ▶ 6ページ
- 職員の氏名が変わった ▶ 7ページ
- 新入職員が職場に入った ▶ 8ページ

⇒このケースは「１表」の提出のみで結構です

施設情報の変更

- 施設名が変わった ▶ 11ページ
- 施設の担当者が変わった ▶ 11ページ
- 電話番号が変わった ▶ 11ページ

⇒このケースは「２表」の提出のみで結構です

加入コースの変更

- 加入コースを変更したい ▶ 13･14ページ

⇒このケースは「１表」と「２表」を提出ください

銀行口座の変更

- 引落口座の名義が変わった ▶ 16ページ

⇒このケースは「口座振替依頼書」を提出ください
（お手元にない場合はセンターまでご連絡ください）

目 次

役職員の入退社
１．印字内容の確認・・４
２．脱退・転出の場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
３．氏名の変更・訂正・生年月日訂正・性別訂正・死亡の場合・・・・・・・ ７
４．新規加入・転入の場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

施設情報の変更
５．更新時の確認・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０
６．登録内容を変更する場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１

加入コースの変更
７．加入コースを変更する場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １３

銀行口座の変更
８．銀行口座を変更する場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６

被保険者の告知書
９．従事者相互保険「被保険者の告知書」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８
１０．総合医療保険「被保険者の告知書」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１９

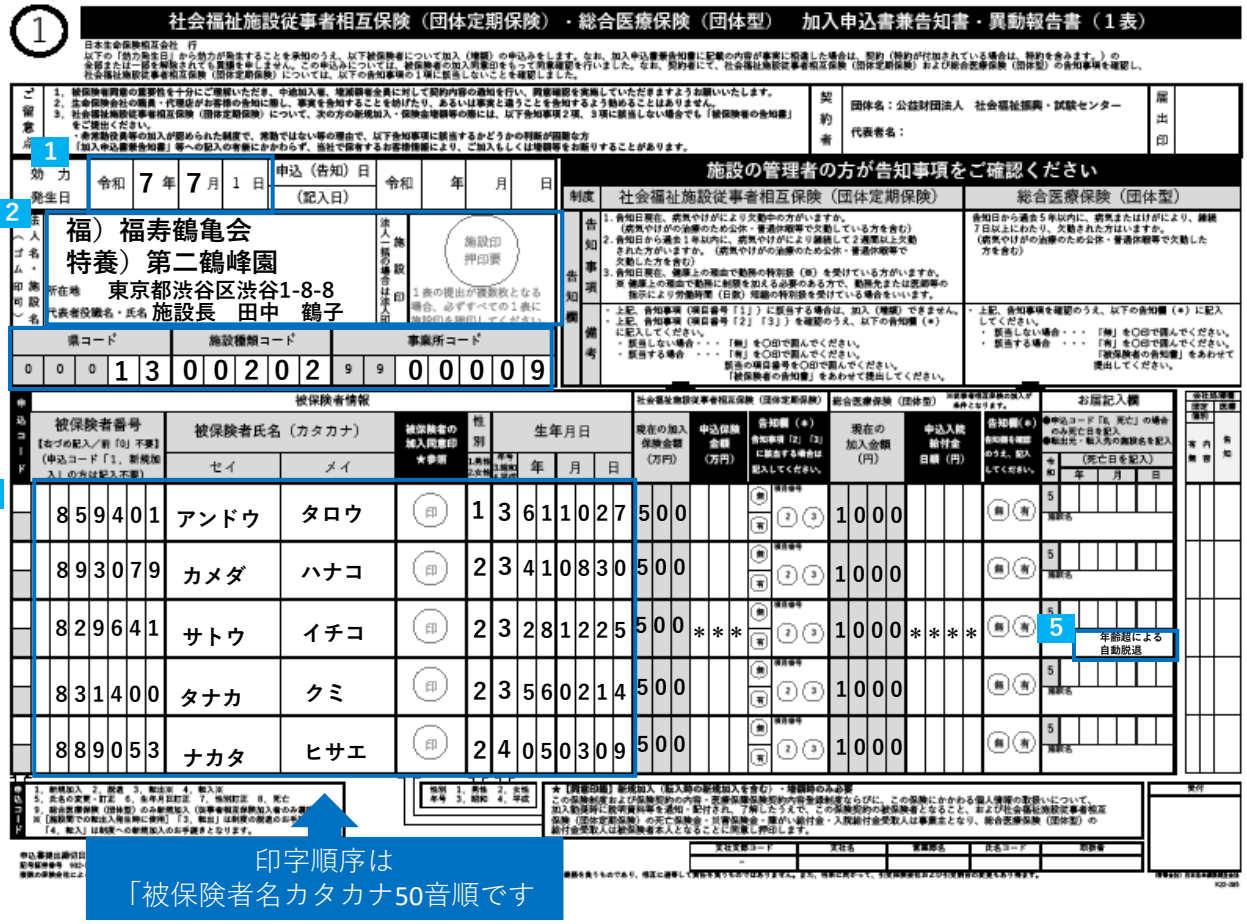
その他ご連絡事項
１１.その他お手続きについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２１
１２．施設一括脱退について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２２
１３．施設からのお問い合わせ・お申し出先・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２２
１４．従相保険クラブ　書類チェックシート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２３
１５．書類記入時のＱ＆Ａ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２４

管理区分コード表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２５

役職員の入退社

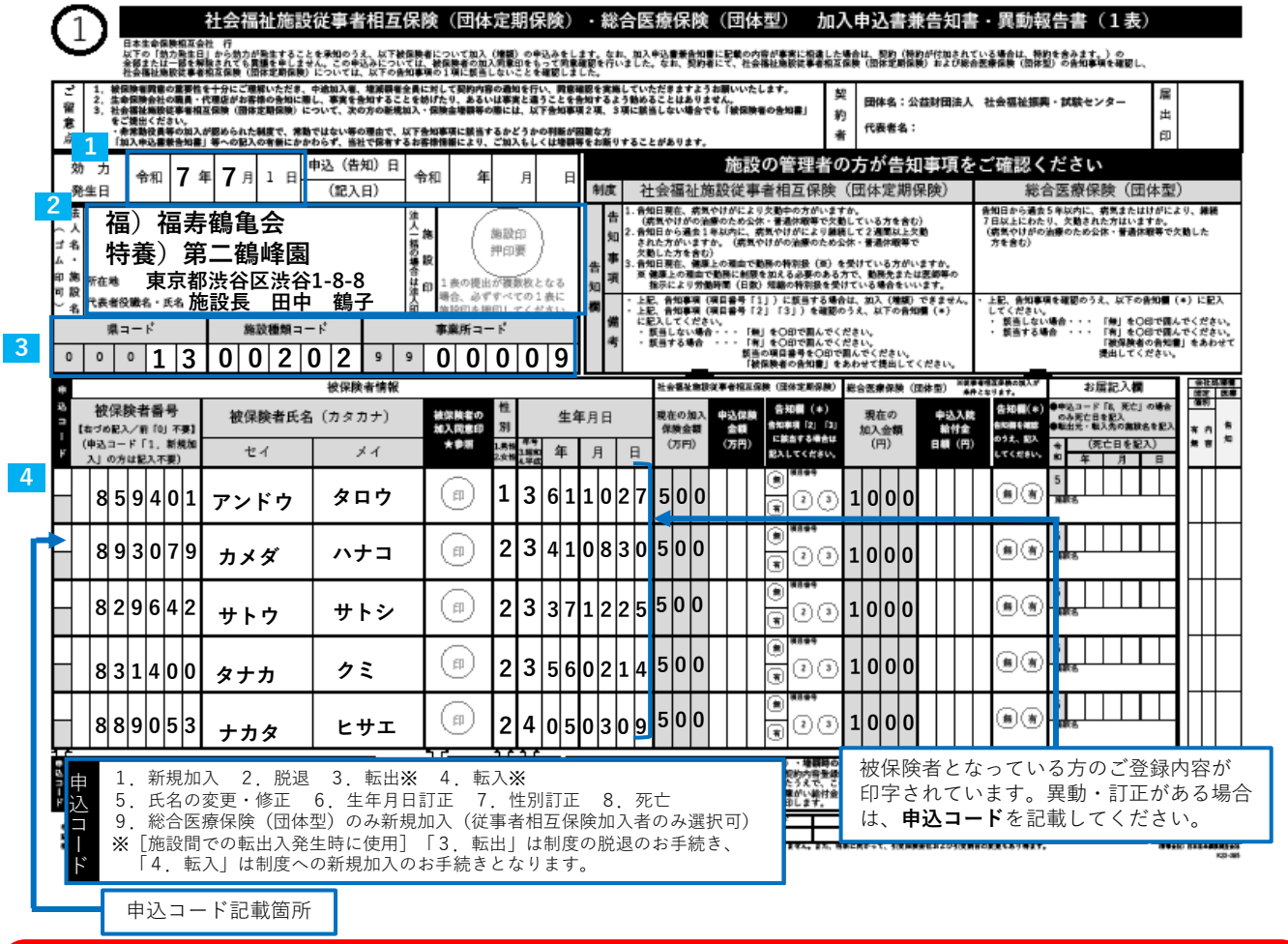
1．印字内容の確認

印字された「加入申込書兼告知書・異動報告書（１表）」が届きましたら印字内容に相違がないかご確認ください。



NO.	項目	内容
①	効力発生日	更新日（令和６年７月１日）が印字されています
②	法人名･施設名･施設印	法人名、施設名、所在地、代表者役職名･氏名が印字されています
③	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
④	被保険者（加入者）ご加入情報	３月現在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）
⑤	お届記入欄の印字	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２８年１月２日から昭和２９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

印字内容に変更がある場合は、必ず左端の「申込コード」を記入したうえで、訂正内容をご記入ください。

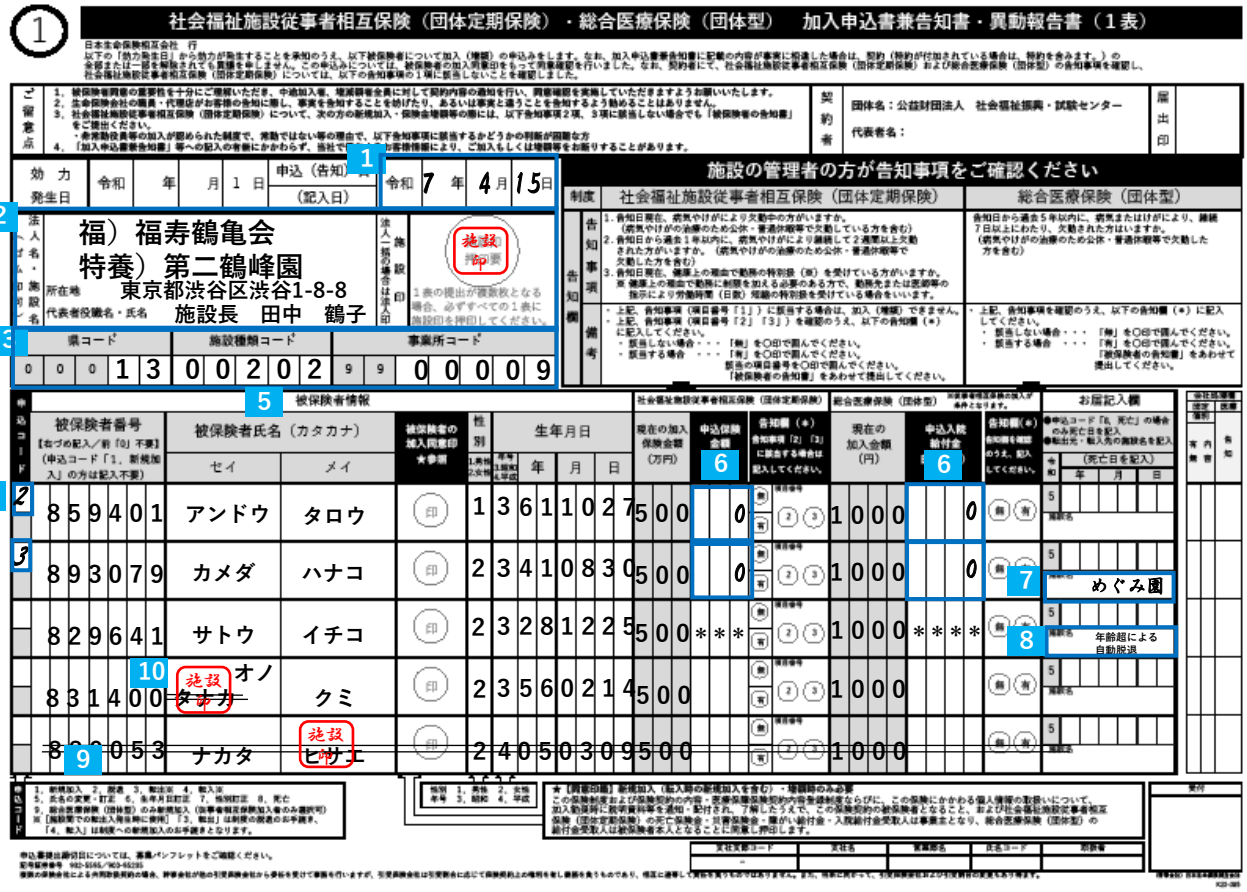


申込コードを記載した「加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)」のみをご提出ください。

印字の登録内容に異動または訂正がない場合は提出不要です。
（提出しなかった方は自動的に現在の内容で継続加入となります。）

2．脱退・転出 の場合

「加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)」

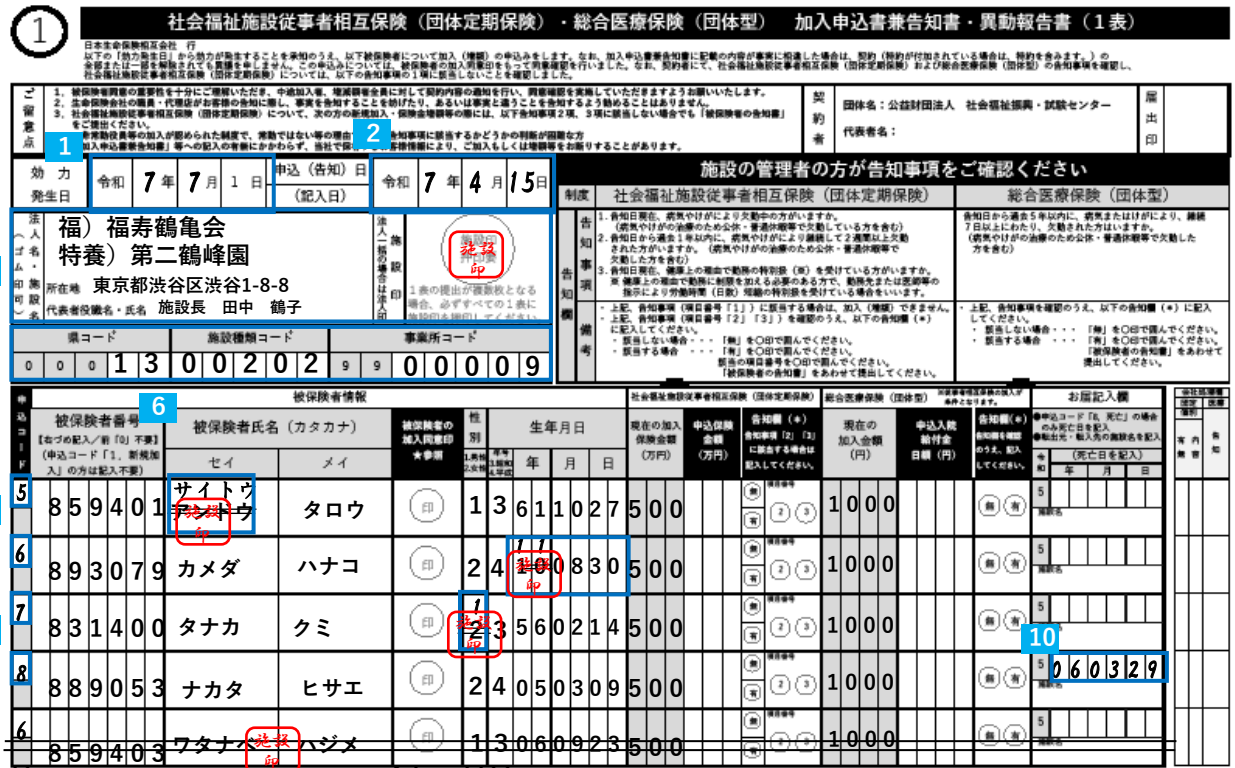


NO.	項目	内容	訂正印
①	申込（告知）日（記入日）	ご記入日となります。	施
②	法人名・施設名・施設印	法人名、施設名、所在地、代表者役職名・氏名をご記入のうえ、施設印を押印してください。 提出書類すべてに施設印の押印が必要です。	不要
③	県コード・施設種類コード・事業所コード	ご登録のコードを記入してください。（別紙「管理区分コード表」をご参照ください。）	不要
④	申込コード	脱退は「２」、転出は「３」を記入してください。 **※異動がある場合は必ず申込コードを記入してください。**	施
⑤	被保険者情報記入欄	被保険者氏名欄は「カタカナ」のみ、性別は男性は「１」・女性は「２」、生年月日年号は昭和は「３」・平成は「４」を記入してください。	施
⑥	申込保険金額欄	**「０」を記入してください。** **転出の場合も、一度制度を脱退するお手続きとなるため、申込保険金額欄に「０」を記入してください。**	被
⑦	お届記入欄	転出の場合、転入先施設名を記入してください。	不要
⑧	お届記入欄の印字	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28年1月2日から昭和29年1月1日生まれの方） ※脱退手続（申込コード「２」の記入・１表の提出）は不要です。	-
⑨	申込みの取消し（抹消）について	記入内容すべてに取消しが発生した場合は、その行全体に対して二重線で抹消のうえ、施設印で訂正印を押印してください。	施
⑩	記載内容の訂正について	記載内容の一部に誤りがある場合は、訂正箇所を二重線抹消後、施設印を押印し、正しい内容を余白に　記入してください。ただし、申込保険金額／申込入院給付金日額を訂正する場合は、施設印ではなく、被保険者の加入同意印を押印し、正しい内容を余白に記入してください。	施／被

施：施設印
被：被保険者印

★ご注意ください★
加入者の転出入は、転入先施設からの手続きも必要です。転出元施設は転入先施設と連絡を取って、**必ず転入先施設からも手続きを行うよう**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脱退となり、保障は継続されません。**保障が継続されず再加入となる場合は、再度、健康状態の告知が必要になりますのでご注意ください。（告知が「あり」の場合は再加入できない可能性もあります）

3．氏名の変更・訂正 ・ 生年月日訂正 ・ 性別訂正 ・ 死亡 の場合 （印字申込書を使用の場合）

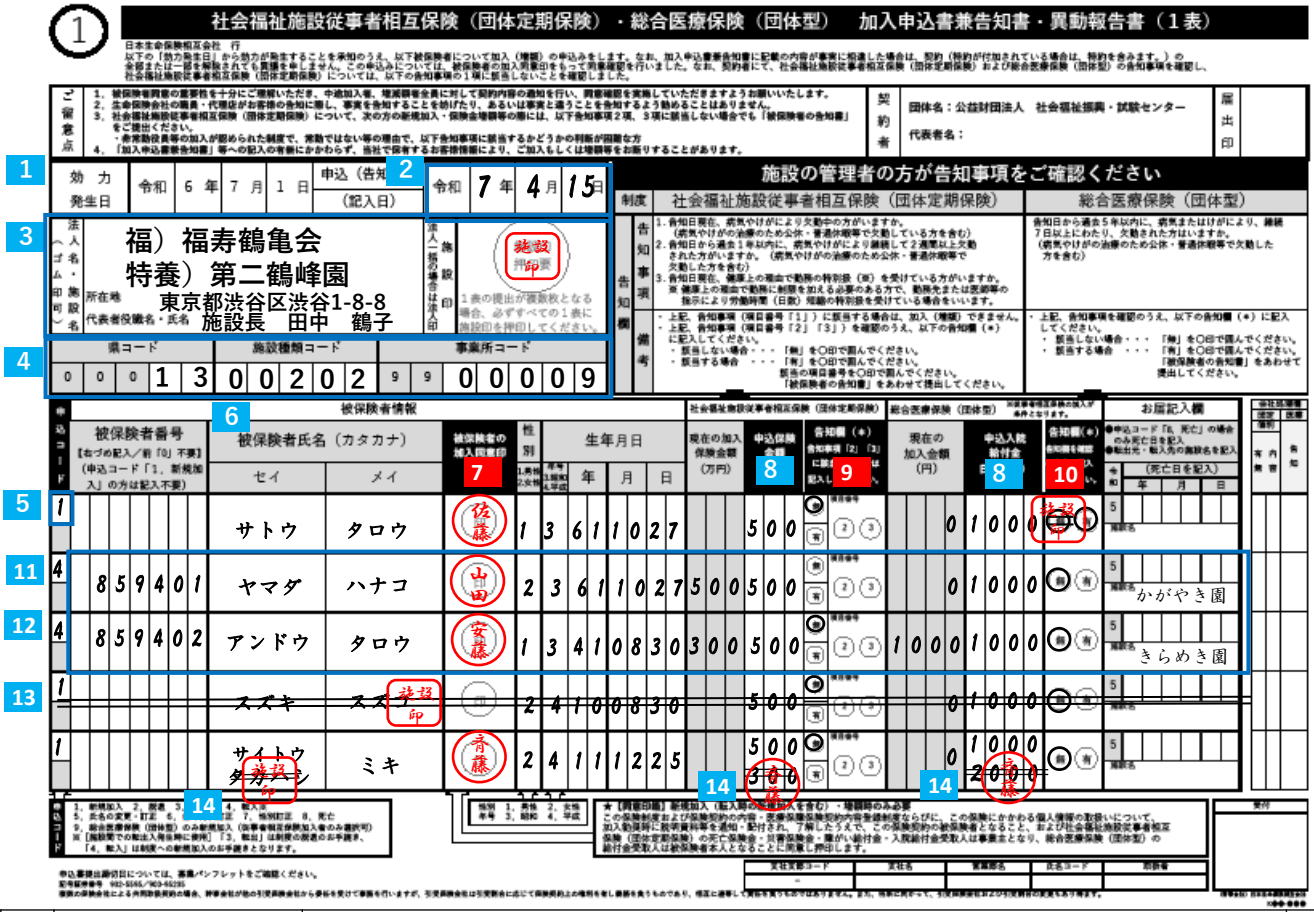


NO.	項目	内容	訂正印
①	効力発生日	ご記入いただく必要はございません。	－
②	お申込（告知）日（記入日）	ご記入日となります。	施
③	法人名・施設名・施設印	法人名、施設名、所在地、代表者役職名・氏名をご記入のうえ、施設印を押印してください。提出書類すべてに施設印の押印が必要です。	不要
④	県コード・施設種類コード・事業所コード	別紙「管理区分コード表」をご参照のうえ、ご登録のコードを記入してください。	不要
⑤	申込コード	氏名の変更・訂正は「５」、生年月日訂正は「６」、性別訂正は「７」、死亡は「８」を記入してください。※異動がある場合は必ず申込コードを記入してください。	施
⑥	被保険者情報記入欄	「被保険者番号」「被保険者氏名（「カタカナ」のみ）」「性別（男性は「１」・女性は「２」）」「生年月日（年号は昭和は「３」・平成は「４」）」を記入してください。（完記要）	施
⑦	氏名の変更・訂正（申込コード「５」）	訂正前（印字）箇所を二重線抹消後、施設印を押印し、変更後カナ名を余白に記入してください。	施
⑧	生年月日訂正（申込コード「６」）	訂正前（印字）箇所を二重線抹消後、施設印を押印し、訂正後生年月日を余白に記入してください。	施
⑨	性別訂正（申込コード「７」）	訂正前（印字）箇所を二重線抹消後、施設印を押印し、訂正後性別を余白に記入してください。	施
⑩	死亡（申込コード「８」）	「お届記入欄」へ死亡日を記入してください。	施
⑪	申込みの取消し（抹消）について	記入した内容の取消しが発生した場合は、その行全体に対して二重線で抹消のうえ、施設印で訂正印を押印してください。	施
－	記載内容の訂正について	記載した内容に誤りがある場合は、訂正箇所を二重線抹消後、施設印を押印し、正しい内容を余白に記入してください。	施
－	複数の訂正が同時に発生した場合について	申込コードは、最も若い番号を記入いただき、訂正する箇所をすべて二重線抹消し、訂正印を押印し、訂正後の情報を余白に記入してください。ただし、「８．死亡」を含む場合は、申込コードは「８」を記入 してください。（例）「５：氏名訂正」と「６：生年月日訂正」が同時に発生した場合⇒申込コードは「５」を記入	施

施：施設印
被：被保険者印

4．新規加入・転入 の場合

「加入申込書兼告知書･異動報告書(1表)」



NO.	項目	内容	訂正印
①	効力発生日	提出月の翌々月1日となります。	施
②	申込（告知）日（記入日）	ご記入日となります。	施
③	法人名･施設名･施設印	法人名、施設名、所在地、代表者役職名･氏名をご記入のうえ、施設印を押印してください。 提出書類すべてに施設印の押印が必要です。	不要
④	県コード･施設種類コード･事業所コード	ご登録のコードを記入してください。（別紙「管理区分コード表」をご参照ください。）	不要
⑤	申込コード	新規加入は「１」、転入は「４」を記入してください。**※異動がある場合は必ず申込コードを記入してください。**	施
⑥	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」･女性は「２」、生年月日年号は昭和は「３」･平成は「４」を記入してください。	施
⑦	被保険者の加入同意印欄	被保険者（ご加入者）印を押印してください。（スタンプ印可、訂正用の豆印は不可）	被
⑧	申込保険金額／申込入院給付金日額欄	申込保険金額欄にご加入する保険金額を、申込入院給付金日額欄にご加入する入院給付金日額を記入してください。 総合医療保険のみのご加入はできません。（コースにしたがってご加入ください。）	被
⑨	告知欄（従相）	施設管理者がそれぞれの被保険者について、告知事項いずれも該当なしの場合は「無」、ひとつでも該当ありの場合は「有」を〇印で囲み、該当する項目番号を〇印で囲んでください。「有」の場合、別添の「被保険者の告知書」を提出してください。 **※告知欄の記入がない場合、ご希望の加入月に加入いただけない場合があります。**	施
⑩	告知欄（総医）	施設管理者がそれぞれの被保険者について、告知事項に該当なしの場合は「無」、該当ありの場合は「有」を〇印で囲んでください。「有」の場合、別添の「被保険者の告知書」を提出してください。 **※告知欄の記入がない場合、ご希望の加入月に加入いただけない場合があります。**	施
⑪	転入（申込コード「４」）の場合の被保険者情報記入欄	「被保険者番号」「被保険者氏名（カタカナ）」「性別」「生年月日」「現在の加入保険金額」「申込保険金額」「現在の加入金額」「申込入院給付金日額」「転出元施設名」をご記入のうえ、「被保険者の加入同意印」を押印してください。また、転入時に保険金額が増額となる場合は「告知欄」のご記入が必要です。告知欄の記入については、⑨⑩をご確認ください。	施
⑫	転入と同時に氏名等の訂正がある場合	申込コードは「４（転入）」を記入し、訂正後の氏名･生年月日･性別で記入してください。	施
⑬	申込みの取消し（抹消）について	記入内容すべてに取消しが発生した場合は、その行全体に対して二重線で抹消のうえ、施設印で訂正印を押印してください。	施
⑭	記載内容の訂正について	記入内容の一部に誤りがある場合は、訂正箇所を二重線抹消後、施設印を押印し、正しい内容を余白に記入してください。ただし、申込保険金額／申込入院給付金日額を訂正する場合は、施設印ではなく、被保険者の加入同意印欄に押印した同一印で訂正印を押印のうえ、正しい内容を余白 に記入してください。	施／被

★ご注意ください★

加入者の転出入は、転出元施設からの手続きも必要です。転入先施設は転出元施設と連絡を取って、**必ず転出元施設からも手続きを行うよう**ご確認ください。**転入の届出のみで、転出の届出がない場合は二重加入となってしまいます。**必ず、転出元･転入先の両施設から１表を提出してください。

施設情報の変更

５．更新時の確認

（1）更新時には、**「届出事項申込(変更)届(2表)」**に印字された現在の登録内容をご確認ください。

②

社会福祉施設従事者相互保険・総合医療保険（団体型）
届出事項申込（変更）届

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　うえご提出ください。
（新規加入の場合はす
※掛金引去口座情報の変更が

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、
「**変更内容**」欄にご記入のうえ
ご提出ください。

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 法人一括の場合は法人印

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	9 9 0 0 0 0 8

登録日（変更日）	令和　年　月　日
申込区分	□ 新規　□ 変更（変更のある項目のみご記入ください）

項目	施設情報	変更内容
法人名	フリガナ　フク　フクジュツルカメカイ 福）福寿鶴亀会	
施設名	フリガナ　トクヨウ　カガヤキエン 特養）かがやき園	
施設住所	フリガナ　トウキョウトシブヤクシブヤ1-8-9 〒 150－ 0002　東京都渋谷区渋谷1-8-9	
代表者名	フリガナ　フクダ　タロウ 役職・氏名　施設長　福田　太郎	
加入コース	E０	
ご担当者名	幸田　良子	
電話・ＦＡＸ	ＴＥＬ　03－ 1234－ 8888　ＦＡＸ　03－ 1234－ 3333	ＴＥＬ　－　－　ＦＡＸ　－　－
メールアドレス		

※メールアドレスにつきましては、Ｎコンシェルジュのサービス案内をお送りするためご登録いただきます。

総職員数（記入日現在）
名 役員・職員・パート含む

ご加入対象者	
1	役員および職員全員
2	社会保険対象者全員
3	その他（詳細：　）

代表者および"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"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・試験センター所団体定期保険および総合医療保険（団体型）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目的以外に代表者などの個人情報を利用することはありません。

６．登録内容を変更する場合

施設名の変更、担当者の変更など、登録内容に変更・訂正がある場合には、「変更内容」欄に変更内容を記載のうえ提出ください。

②

社会福祉施設従事者相互保険・総合医療保険（団体型）
届出事項申込（変更）届

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、変更項目のみを以下「変更内容」欄にご記入のうえご提出ください。
（新規加入の場合はすべての項目をご記入ください）
※掛金引去口座の変更がある場合は、別途「**預金口座振替依頼書**」をご提出ください

契約者　公益財団法人　社会福祉振興・試験センター

1 登録日（変更日）	令和 7 年 7 月 1 日	2 お申込日（記入日）	令和 7 年 4 月 15 日

3 法人名・施設名（ゴム印可）	福）福寿鶴亀会 特養）新鶴峰園	施設印（法人一括の場合は法人印）：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	9 9 0 0 0 0 8	

4 申込区分：☐ 新規　☑ 変更（変更のある項目のみご記入ください）

項目	施設情報	変更内容
法人名	フリガナ フク　フクジュツルカメカイ 福）福寿鶴亀会	5
施設名	フリガナ トクヨウ　カガヤキエン 特養）かがやき園	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 トウキョウトシブヤクシブヤ1-8-9 〒150 -0002 東京都渋谷区渋谷1-8-9	
代表者名	フリガナ シセツチョウ　フクダ　タロウ 役職・氏名 施設長　福田　太郎	
加入コース	E0	
ご担当者名	幸田　良子	
電話・FAX	TEL 03 -1234 -8888　FAX 03 - 1234 - 3333	TEL　－　－　FAX　－　－
メールアドレス		tsurumine@xx.co.jp

※メールアドレスにつきましては、Nコンシェルジュのサービス案内をお送りするためご登録いただきます。

6 総職員数（記入日現在）：88 名（役員・職員・パート含む）

7 ご加入対象者

①	役員および職員全員
②	社会保険対象者全員
③	その他（詳細：　）

代表者および代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代担当者の個人情報（以下「代表者等の個人情報」という。）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および総合医療保険（団体型）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目的以外に代表者などの個人情報を利用することはありません。

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	申込区分	「変更」項目の口にレ印（チェック）をご記入ください
⑤	施設（事業所）情報 記入欄	変更項目をご記入ください
⑥	総職員数	記入日現在の総職員数をご記入ください（役員・職員・パート含む） ※「ご加入対象者」欄で選択された選択肢によっては従相保険クラブの加入者と一致しない場合があります
⑦	ご加入対象者	ご加入の対象者の該当の番号に○をつけてください

加入コースの変更

７．加入コースを変更する場合

加入コースを変更する場合には、「届出事項申込（変更）届（２表）」と「「加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)」 の両方に記入のうえ提出ください。

②

社会福祉施設従事者相互保険・総合医療保険（団体型）
届出事項申込（変更）届

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、変更項目のみを以下「変更内容」欄にご記入のうえご提出ください。
（新規加入の場合はすべての項目をご記入ください）
※掛金引去口座情報の変更がある場合は、別途「**預金口座振替依頼書**」をご提出ください

契約者　公益財団法人　社会福祉振興・試験センター

登録日（変更日）	令和 7 年 7 月 1 日	お申込日（記入日）	令和 7 年 4 月 15 日

法人名・施設名（ゴム印可）	施設印 法人一括の場合は法人印
福）福寿鶴亀会 特養）第二鶴峰園	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	9 9 0 0 0 0 9

申込区分：☐ 新規　☑ 変更（変更のある項目のみご記入ください）

項目	施設情報	変更内容
法人名	フリガナ　フク　フクジュツルカメカイ 福）福寿鶴亀会	
施設名	フリガナ　トクヨウ　ダイニツルミネエン 特養）第二鶴峰園	
施設住所	フリガナ　トウキョウトシブヤクシブヤ1-8-8 〒150 -0002　東京都渋谷区渋谷1-8-8	
代表者名	フリガナ　タナカ　ツルコ 役職・氏名　施設長　田中　鶴子	
加入コース	Ｄ０	Ｆ３
ご担当者名	亀田　花子	
電話・ＦＡＸ	ＴＥＬ 03 - 1234 - 8887　ＦＡＸ 03 - 1234 - 3332	ＴＥＬ　-　-　ＦＡＸ　-　-
メールアドレス		

※メールアドレスにつきましては、Ｎコンシェルジュのサービス案内をお送りするためご登録いただきます。

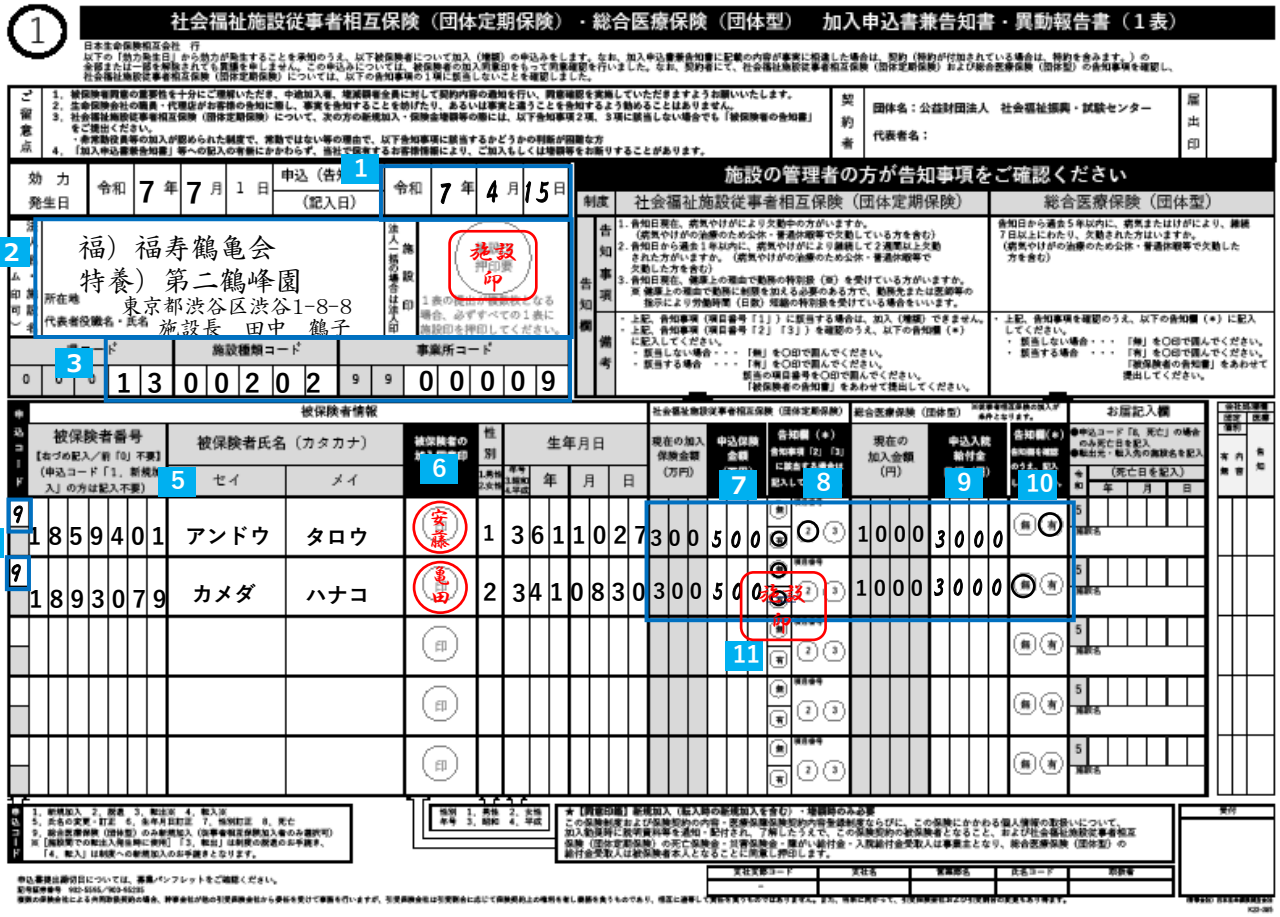
総職員数（記入日現在）
名 役員・職員・パート含む

ご加入対象者	
①	役員および職員全員
②	社会保険対象者全員
③	その他（詳細：　）

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および総合医療保険（団体型）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目的以外に代表者などの個人情報を利用することはありません。

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	申込区分	「変更」項目の口にレ印（チェック）をご記入ください
⑤	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

コース変更（保険金額の増減額）の場合



① 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）・総合医療保険（団体型） 加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）

日本生命保険相互会社 行

以下の「効力発生日」から効力が発生することを承知のうえ、以下被保険者について加入（増額）の申込みをします。なお、加入申込書兼告知書に記載の内容が事実に相違した場合は、契約（特約が付加されている場合は、特約を含みます。）の全額または一部を解除されても異議を申しません。この申込みについては、被保険者の加入同意印をもって同意確認を行いました。なお、契約者にて、社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）および総合医療保険（団体型）の告知事項を確認し、社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）については、以下の告知事項の１項に該当しないことを確認しました。

ご留意点
1. 被保険者同意の重要性を十分にご理解いただき、中途加入等、増減額等全員に対して契約内容の通知を行い、同意確認を実施していただきますようお願いいたします。
2. 生命保険会社の職員・代理店がお客様の告知に際し、事実を告知することを妨げたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧めることはありません。
3. 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）について、次の方の新規加入・保険金増額等の際には、以下告知事項２項、３項に該当しない場合でも「被保険者の告知書」をご提出ください。
・希望勤務員等の加入が認められた制度で、常勤ではない等の理由で、以下告知事項に該当するかどうかの判断が困難な方
4. 「加入申込書兼告知書」等への記入の有無にかかわらず、当社で保有する告知情報により、ご加入もしくは増額等をお断りすることがあります。

契約者：団体名：公益財団法人 社会福祉振興・試験センター　代表者名：　届出印

効力発生日：令和 7 年 7 月 1 日　申込（告知）（記入日）：令和 7 年 4 月 15 日

法人名：福）福寿鶴亀会
施設名：特養）第二鶴峰園
所在地：東京都渋谷区渋谷1-8-8
代表者役職名・氏名：施設長　田中　鶴子
法人一括の場合は法人印
施設印：施設印押印要
1表の提出が複数枚となる場合、必ずすべての1表に施設印を押印してください。

県コード 000　施設種類コード 13002　事業所コード 99000

施設の管理者の方が告知事項をご確認ください

制度	社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）	総合医療保険（団体型）
告知事項	1. 告知日現在、病気やけがにより欠勤中の方がいますか。（病気やけがの治療のため公休・普通休暇等で欠勤している方を含む） 2. 告知日から過去１年以内に、病気やけがにより継続して２週間以上欠勤された方がいますか。（病気やけがの治療のため公休・普通休暇等で欠勤した方を含む） 3. 告知日現在、健康上の理由で勤務の特別扱（時）を受けている方がいますか。 ※ 健康上の理由で勤務に制限を加える必要のある方で、勤務先または医師等の指示により労働時間（日数）短縮の特別扱を受けている場合をいいます。	告知日から過去５年以内に、病気またはけがにより、継続７日以上にわたり、欠勤された方はいますか。（病気やけがの治療のため公休・普通休暇等で欠勤した方を含む）
備考	・上記、告知事項（項目番号「１」）に該当する場合は、加入（増額）できません。 ・上記、告知事項（項目番号「２」「３」）を確認のうえ、以下の告知欄（＊）に記入してください。 ・該当しない場合・・・「無」を○印で囲んでください。 ・該当する場合　・・・「有」を○印で囲んでください。該当の項目番号を○印で囲んでください。「被保険者の告知書」をあわせて提出してください。	・上記、告知事項を確認のうえ、以下の告知欄（＊）に記入してください。 ・該当しない場合・・・「無」を○印で囲んでください。 ・該当する場合　・・・「有」を○印で囲んでください。「被保険者の告知書」をあわせて提出してください。

申込コード	被保険者番号（カタカナ入力の方は記入不要）	被保険者氏名（カタカナ）セイ	メイ	被保険者の加入同意印	性別	生年月日 年	月	日	現在の加入保険金額（万円）	申込保険金額（万円）	告知欄（＊）告知事項「２」「３」に該当する場合は記入	総合医療保険（団体型）現在の加入金額（円）	申込入院給付金（円）	告知欄（＊）告知事項を確認のうえ、記入	お届け欄（死亡日を記入）年	月	日
9	1859401	アンドウ	タロウ	安藤	1	36	11	02	7	300500	無 有 ① ② ③	1000	3000	無 有			
9	1893079	カメダ	ハナコ	亀田	2	34	10	83	0	300500	無 有 ① ② ③	1000	3000	無 有			
				印							無 有 ① ② ③			無 有			
				印							無 有 ① ② ③			無 有			
				印							無 有 ① ② ③			無 有			

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

申込コード：1. 新規加入　2. 脱退　3. 解出況　4. 新入況　5. 氏名の変更・訂正　6. 生年月日訂正　7. 性別訂正　8. 死亡　9. 総合医療保険（団体型）のみ新規加入（医療看相互保険加入者のみ選択可）※「施設間での転出入等発生時に使用」「3. 転出」は制度の脱退の扱手続き、「4. 転入」は制度への新規加入の扱手続きとなります。

性別：1. 男性　2. 女性　年号：3. 昭和　4. 平成

★【異動印欄】新規加入（記入時の新規加入を含む）・増額時のみ必要
この保険制度および保険契約の内容・医療保険保険契約内容普通制度ならびに、この保険にかかわる個人情報の取扱いについて、加入勧誘時に説明資料等を通知・配付され、了解したうえで、この保険契約の被保険者となること、および社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）の死亡保険金・災害保険金・障がい給付金・入院給付金受取人は事業主となり、総合医療保険（団体型）の給付金受取人は被保険者本人となることに同意し押印します。

受付

申込書提出締切日については、事業パンフレットをご確認ください。
問合せ先番号 992-5155／903-55235
保険の保険金支払に関する共同取扱契約の場合、幹事会社が他の引受保険会社から委任を受けて事務を行いますが、引受保険会社は引受契約上の権利を有しも義務を負うものであり、相互に連帯して責任を負うものではありません。また、相手に関係して、引受保険会社及び引受契約の変更もあり得ます。

NO.	項目	内容	訂正印
①	申込（告知）日（記入日）	ご記入日となります。	施
②	法人名・施設名・施設印	法人名、施設名、所在地、代表者役職名・氏名をご記入のうえ、施設印を押印してください。 提出書類すべてに施設印の押印が必要です。	施
③	県コード・施設種類コード・事業所コード	別紙「管理区分コード表」をご参照のうえ、ご登録のコードを記入してください。	不要
④	申込コード	従事者相互保険の増減額だけでなく、合わせて総合医療保険の加入がある場合は、申込コード「９」をご記入ください。（従事者相互保険の増減額のみの場合は記入不要です。）	施
⑤	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」・女性は「２」、生年月日年号は昭和は「３」・平成は「４」を記入してください。	施
⑥	被保険者の加入同意印欄	【変更後の保険金額が増額となる場合のみ】 被保険者（ご加入者）印を押印してください。（スタンプ印可、訂正用の豆印は不可）	被
⑦	申込保険金額欄	申込保険金額欄に変更後の保険金額を、記入してください。	被
⑧	告知欄（従相）	【変更後の保険金額／入院給付金日額が増額となる場合・総合医療保険に加入する場合】 施設管理者がそれぞれの被保険者について、告知事項いずれも該当なしの場合は「無」、ひとつでも該当ありの場合は「有」を○印で囲み、該当する項目番号を○印で囲んでください。「有」の場合、別添の「被保険者の告知書」を提出してください。 **※告知欄の記入がない場合、ご希望の加入月に加入いただけない場合があります。**	施
⑨	申込入院給付金日額欄	申込入院給付金日額欄にご加入される入院給付金日額を記入してください。総合医療保険のみのご加入はできません。（コースにしたがってご加入ください。）	被
⑩	告知欄（総医）	施設管理者がそれぞれの被保険者について、告知事項に該当なしの場合は「無」、該当ありの場合は「有」を○印で囲んでください。「有」の場合、別添の「被保険者の告知書」を提出してください。 **※告知欄の記入がない場合、ご希望の加入月に加入いただけない場合があります。**	施
⑪	記載内容の訂正について	記載した内容に誤りがある場合は、訂正箇所を二重線抹消後、施設印を押印し、正しい内容を余白に記入してください。ただし、申込保険金額／申込入院給付金日額を訂正する場合は、施設印ではなく、被保険者の加入同意印欄に押印した同一印で訂正印を押印のうえ、正しい内容を余白に記入してください。	施／被

加入者等がプレプリントされた「異動報告書（１表）」を使用する場合は、変更となる項目を追記等してください。

施：施設印
被：被保険者印

銀行口座の変更

8．銀行口座を変更する場合

「預金口座振替依頼書」に新しい口座を記入し提出ください
（お手元にない場合はセンターまでご連絡ください
事務局ホームページから請求できます）

従相保険クラブ専用

（1枚目）

預金口座振替依頼書

金融機関提出用

金 融 機 関　御中

申込日 20　年　月　日

私（口座名義人）は、下記の収納代行会社から請求された金額を、私名義の下記指定口座から、預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替については預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

<個人情報の取扱いについて>
私は、㈱三栄収納サービスにおける個人情報の利用目的が「団体からの依頼による掛金の収納代行」であることを確認し、この利用目的のために当該団体および口座振替金融機関との間で個人情報が相互提供されることに同意します。

収納代行会社名　株式会社三栄収納サービス（キャピタルシステム）

口座名義人		
フリガナ（上段より左づめで）	シャカイフクシホウシ゛ンツルカメカイ　リシ゛チョウ　イケフ゛クロ　タロウ	金融機関届出印（4枚とも押印下さい。）
預金者名（漢字）	社会福祉法人鶴亀会　理事長　池袋　太郎	鶴亀会

指定口座				
金融機関	豊島　（銀行・信用金庫・信用組合・農協・労働金庫）		池袋　（支店・出張所・支所）	
金融機関コード	支店・支所コード	預金種目	口座番号（右づめで7桁）	
0044	243	普通（総合）① 当座②	0122333	

金融機関へサイン登録されている場合は届出印欄にサインをご記入下さい。

振替日　15日（金融機関休業日の場合は翌営業日となります。）

―預金口座振替規定―

1. 金融機関に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引き落としのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出はしません。
2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。）をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
3. この契約を解約する時は、私から金融機関に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり収納代行会社から請求がない等相当の事由があるときは、特に申し出をしない限り、金融機関はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。
4. この預金口座振替について仮に紛議が生じても、金融機関の責めによる場合を除き、金融機関には迷惑をかけません。

金融機関　使用欄			
不備返却事由	検印	照合印	受付印
1．預貯金取引なし 2．記載事項相違 店名・口座番号 預金種目・口座名義 3．印鑑相違 4．その他 （　　）			

不備返却先
〒170-0013 東京都豊島区東池袋 4-24-3 ジプラルタ生命池袋ビル 4F
株式会社 三栄収納サービス

〈加入施設の通信先を記入してください。〉

団体等の名称	公益財団法人　社会福祉振興・試験センター		
フリガナ	トウキヨウトトシマクイケブクロチョウ		
住所（通信先）	地名：東京都豊島区池袋町　丁目・番地：1-1-1　方書：		
	郵便番号 170-1111　電話番号 03（3210）1234		
フリガナ	シャカイフクシホウジン　ツルカメカイ	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム　ツルミネエン
法人名	社会福祉法人　鶴亀会	施設名	特別養護老人ホーム　鶴峰苑
会員番号等	団体番号：C038	県コード：00013 / 施設種類コード：00202	事業所コード（会員番号）：1111111

内はご自身でもれなく記入・押印して下さい。

公益財団法人
社会福祉振興・試験センター
〒150-0002 渋谷区渋谷 1-5-6
TEL 03(3486)7511　FAX 03(3486)7514

新規区分	
1．新規	2．変更

振替開始年月（西暦）　20　年　月

2023. 1（改）

姓と名の間は1マス空け、濁点・半濁点は1マスとして、ご記入下さい。

口座名義人を省略せず正確にご記入下さい。

金融機関名を正確にご記入下さい。

申込日をご記入下さい。

通帳とご照合のうえ、口座届印を鮮明に4枚とも捺印して下さい。

支店名を正確に、ご記入下さい。

預金種目はどちらかに○印をご記入下さい。

従相クラブの事業所コードをご記入下さい。

掛金振替口座を新規で登録する場合は「1．新規」に○印を、現在登録している口座を変更する場合は「2．変更」に○印をつけて下さい。

適用希望年月を記入下さい。

被保険者の告知書

9．従事者相互保険「被保険者の告知書」記入例

被保険者の告知書は1表の告知欄が「有」となった場合にのみ提出いただくものです。

「被保険者の告知書」記入要領

黒または青ボールペンで強くはっきりと楷書でご記入ください。（鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。）

1．記入いただく前に必ずご確認ください。

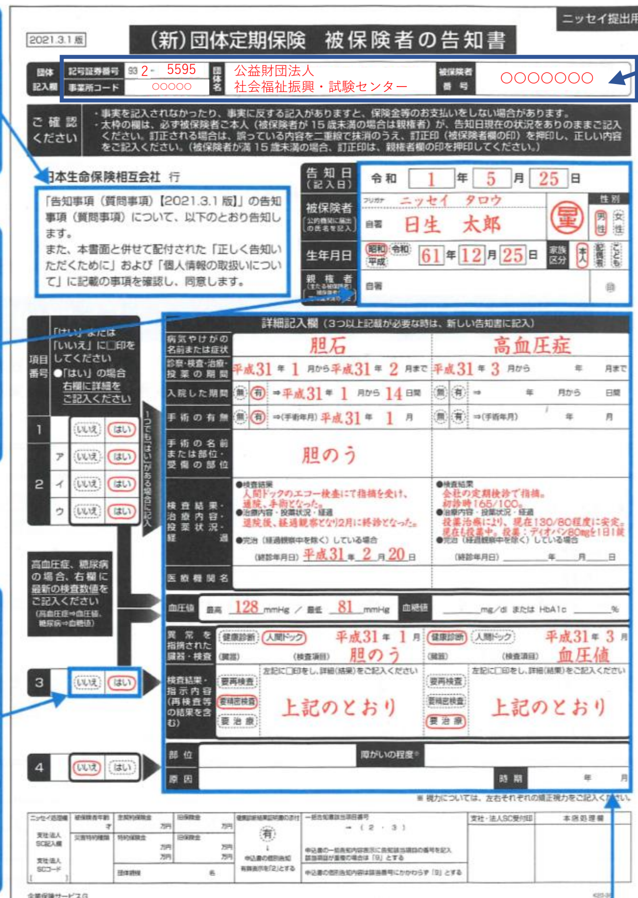
「正しく告知いただくために」および「個人情報の取扱いについて」を被保険者にご確認いただき、正しく告知いただくことを当社に誓約いただく文言を記載しております。必ずこれらの内容をご確認いただいたうえで、告知書に自署・押印いただき、質問に正しくありのままご回答ください。

2．すべての項目を必ずご記入ください。

【留意点】
- 告知日は、必ず告知書を記入する日付をご記入ください。
- 印鑑は、申込書兼告知書に押印されたものと同一印を押印してください。
- 家族区分は「主たる被保険者から見た被保険者の続柄」をご記入ください。
- 【被保険者が満15歳未満の場合】親権者が親権者欄に署名・押印のうえ、被保険者について告知書にご記入ください。

3．第1項～第4項の各項目中の質問について、一つでも該当する場合は「はい」に□印を、すべてに該当しない場合は「いいえ」に□印をしてください。

- 「健康診断」とは、健康維持および疾病の早期発見のための診察・検査をいいます。
  (例)○企業・学校が行う定期健康診断
  ○採用時健康診断 ○自治体が行う検診 等
- 健康診断または人間ドックを受診したものの、結果が未判明の場合、健康診断時の医師の問診結果（異常指摘の有無）に基づき告知してください。
  (指摘ありは「はい」、指摘なしは「いいえ」に□印をしてください。)
- <u>過去１年以内に健康診断や人間ドックを受けていない方は、「いいえ」に□印をしてください。</u>


ニッセイ提出用
2021.3.1 版
(新)団体定期保険　被保険者の告知書
団体記入欄　記号証券番号 932-5595　事業所コード ○○○○○　団体名 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター　被保険者番号 ○○○○○○○
ご確認ください　・事実を記入されなかったり、事実に反する記入がありますと、保険金等のお支払いをしない場合があります。・太枠の欄は、必ず被保険者ご本人（被保険者が15歳未満の場合は親権者）が、告知日現在の状況をありのままご記入ください。訂正される場合は、誤っている内容を二重線で抹消のうえ、訂正印（被保険者欄の印）を押印し、正しい内容をご記入ください。（被保険者が満15歳未満の場合、訂正印は、親権者欄の印を押印してください。）
日本生命保険相互会社 行
「告知事項（質問事項）【2021.3.1 版】」の告知事項（質問事項）について、以下のとおり告知します。また、本書面と併せて配付された「正しく告知いただくために」および「個人情報の取扱いについて」に記載の事項を確認し、同意します。
告知日（記入日）令和 1 年 5 月 25 日
被保険者　フリガナ ニッセイ タロウ　自署 日生 太郎　性別 男性
生年月日 昭和 61 年 12 月 25 日　家族区分 本人
親権者 自署
「はい」または「いいえ」に□印をしてください ●「はい」の場合 右欄に詳細をご記入ください
1 はい　2 ア はい　イ はい　ウ はい　3 はい　4 いいえ
高血圧症、糖尿病の場合、右欄に最新の検査数値をご記入ください（高血圧症⇒血圧値、糖尿病⇒血糖値）
詳細記入欄（3つ以上記載が必要な時は、新しい告知書に記入）
病気やけがの名前または症状：胆石／高血圧症
診察・検査・治療・投薬の期間：平成31年1月から平成31年2月まで／平成31年3月から　年　月まで
入院した期間：有 ⇒平成31年1月から14日間／無・有 ⇒　年　月から　日間
手術の有無：有 ⇒(手術年月) 平成31年1月／無・有 ⇒(手術年月)　年　月
手術の名前または部位・受傷の部位：胆のう
検査結果・治療内容・投薬状況・経過：●検査結果 人間ドックのエコー検査にて指摘を受け、通院、手術となった。●治療内容・投薬状況・経過 退院後、経過観察となり2月に終診となった。●完治（経過観察中を除く）している場合（終診年月日）平成31年2月20日／●検査結果 会社の定期検診で指摘。初診時165/100。●治療内容・投薬状況・経過 投薬治療により、現在130/80程度に安定。現在も投薬中。投薬：ディオバン80mgを1日1錠 ●完治（経過観察中を除く）している場合（終診年月日）　年　月　日
医療機関名
血圧値 最高 128 mmHg ／ 最低 81 mmHg　血糖値　mg/dl または HbA1c　%
異常を指摘された臓器・検査：人間ドック 平成31年1月（検査項目）胆のう／健康診断 平成31年3月（検査項目）血圧値
検査結果・指示内容（再検査等の結果を含む）：要精密検査 上記のとおり／要治療 上記のとおり
部位　障がいの程度※　原因　時期　年　月
※ 視力については、左右それぞれの矯正視力をご記入ください。
企業保険サービスG

4．第1項～第4項の各項目中の質問のうち、一つでも「はい」に□印をされたときは、上の記入例を参考にして、右欄に詳細をご記入ください。

- 詳細の記入の代わりに入院証明書などをご提出いただいても、告知いただいたことになりません。
- 各項の詳細を記入する際、以下にご注意ください。

【第1項～第2項】
◆「医療機関名」欄へ受診した「医療機関名」をご記入ください。
（憶えている場合のみで結構です。）

【第3項】
◆「要再検査」「要精密検査」「要治療」の場合、右欄に、その後の状況（検査有無、検査結果等）をご記入ください。

【第4項】
◆原因となった病気やけがなどが第1項～第3項に該当する場合は、<u>該当部分について詳細をご記入ください。</u>
◆視力については、矯正視力とその原因をご記入ください。
例）「障がいの程度」欄に、『左0.0　右1.0』
「原因」欄に、『20歳の時、仕事中の事故でガラスの破片が目に入り左目を失明』

【記号証券番号】
９３２－５５９５

【団体名】
公益財団法人
社会福祉振興・試験センター

【事業所コード（5桁）・被保険者番号】
新規加入施設
→記入不要
既加入施設の既加入者
→両方記入
既加入施設の新規加入者
→事業所コードのみ記入
（99を除いた5桁）

１０．総合医療保険「被保険者の告知書」記入例

被保険者の告知書は1表の告知欄が「有」となった場合にのみ提出いただくものです。

「被保険者の告知書」記入要領

黒または青ボールペンで強くはっきりと楷書で記入ください。（鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。）

1．記入いただく前に必ず確認ください。

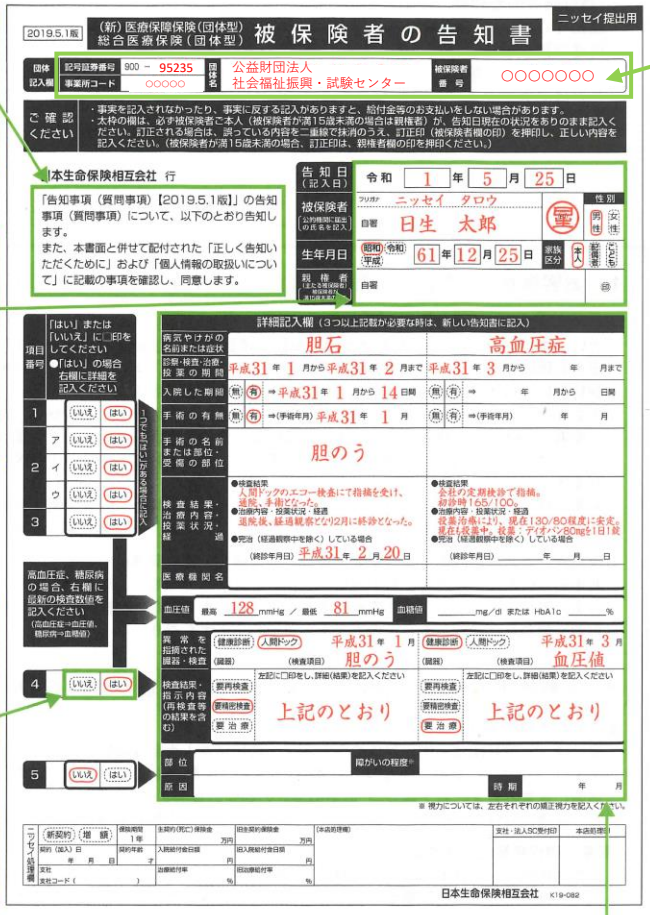
「正しく告知いただくために」および「個人情報の取扱いについて」を被保険者にご確認いただき、正しく告知いただくことを当社に誓約いただく文言を記載しております。必ずこれらの内容をご確認いただいたうえで、告知書に自署・押印いただき、質問に正しくありのまま回答ください。

2．すべての項目を必ず記入ください。

【留意点】
- 告知日は、必ず告知書を記入する日付を記入ください。
- 印鑑は、申込書兼告知書に押印されたものと同一印を押印ください。
- 家族区分は「主たる被保険者から見た被保険者の続柄」を記入ください。
- 【被保険者が満15歳未満の場合】親権者が親権者欄に署名・押印のうえ、被保険者について告知書に記入ください。

3．第1項～第5項の各項目中の質問について、一つでも該当する場合は「はい」に□印を、すべてに該当しない場合は「いいえ」に□印をしてください。

- 「健康診断」とは、健康維持および疾病の早期発見のための診察・検査をいいます。
  （例）○企業・学校が行う定期健康診断
  ○採用時健康診断　○自治体が行う検診 等
- 健康診断または人間ドックを受診したものの、結果が未判明の場合、健康診断時の医師の問診結果（異常指摘の有無）に基づき告知ください。
  （指摘ありは「はい」、指摘なしは「いいえ」に□印をしてください。）
- 過去２年以内に健康診断や人間ドックを受けていない方は、「いいえ」に□印をしてください。



【記号証券番号】
９００－９５２３５

【団体名】
公益財団法人
社会福祉振興・試験センター

【事業所コード（5桁）
・被保険者番号】
新規加入施設
→記入不要
既加入施設の既加入者
→両方記入
既加入施設の新規加入者
→事業所コードのみ記入
（99を除いた5桁）

4．第1項～第5項の各項目中の質問のうち、一つでも「はい」に□印をされたときは、上の記入例を参考にして、右欄に詳細を記入ください。

- 詳細の記入の代わりに入院証明書などを提出いただいても、告知いただいたことになりません。
- 各項の詳細を記入する際、以下にご注意ください。

【第1項～第3項】
◆「医療機関名」欄へ受診した「医療機関名」を記入ください。
（憶えている場合のみで結構です。）

【第4項】
◆「要再検査」「要精密検査」「要治療」の場合、右欄に、その後の状況（検査有無、検査結果等）を記入ください。

【第5項】
◆原因となった病気やけがなどが第1項～第3項に該当する場合は、該当部分について詳細を記入ください。
◆視力については、矯正視力とその原因を記入ください。
例）「障がいの程度」欄に、『左0.0　右1.0』
「原因」欄に、『20歳の時、仕事中の事故でガラスの破片が目に入り左目を失明』

その他ご連絡事項

１１．その他お手続きについて

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

(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へご連絡ください。）

(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31日(土)（消印有効)までに提出ください。

※1月の掛金振替の場合、11月30日（日）（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いております。

(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、事務の手引きに記載の「受取指定口座登録・変更届」を提出ください。
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31日（土）（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。

１２．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。必要書類をご案内いたしますので、試験センターまでご連絡ください。

●毎年1月1日または7月1日のみの取扱いとなります。施設一括での脱退が決まりましたら、速やかにご連絡ください。

●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、 1月1日か7月1日のみの加入となりますので、ご注意ください。

１３．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
（従相保険クラブ事務局）

〒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）

１４．従相保険クラブ　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

登録日(変更日）、お申込日(記入日）を記入しているか	□
施設名・施設印を記入押印しているか	□
県コード・施設種類コード・事業所コードを記入しているか	□
申込区分（変更)の□レ印を記入しているか	□
変更必要項目を記入しているか	□
「従業員数・対象者数」を記入しているか	□

１表　加入申込書兼告知書・異動報告書

提出書類をコピーしているか	□
効力発生日・申込（告知）日を記入しているか	□
法人/施設名・県コード・施設種類コード・事業所コードを記入しているか	□
（特に重要）施設印を押印しているか	□
被保険者の「新規加入」・「保険金額の増額」の場合	
申込コード・被保険者氏名(カタカナ）・性別・生年月日・申込保険金額を記入し、被保険者が加入同意印を押印しているか	□
告知欄の「無」「有」いずれかに〇をつけているか 項目番号に〇をつけているか（従相保険のみ）	□
告知欄が「有」となった場合、該当の被保険者が記入した「被保険者の告知書」を添付しているか	□
「新規加入」・「増額」以外の場合	
申込コード・被保険者番号・被保険者氏名（カタカナ)・性別・生年月日を記入しているか	□
申込コード３（転出）・４（転入）の場合、お届記入欄に転入先施設または転出元施設の名称を記載しているか。または申込コード８（死亡）の場合、お届記入欄に死亡日を記入しているか、センター事務局へ申し出ているか。	□

被保険者の告知書　※１表の告知欄が「有」の場合にご提出ください

施設担当者から被保険者へ確認をお願いします	告知日・被保険者名・生年月日・性別・家族区分を記入のうえ、１表の加入同意印と同一印が押印されているか	□
	告知事項の項目番号１～４（総合医療保険は１～５）に「はい」がある場合、詳細記入欄に記入がなされているか	□

１５．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	申込コードを記入いただく等、変更のある１表のみご提出ください。（ご提出がない場合には、現在のご加入内容で自動更新いたします）
Q3	更新する被保険者（加入者）全員の告知・同意印が必要でしょうか？
A３	不要です。 告知は、新規加入・増額（転入時の増額を含む）する場合のみ必要となります。同意印は、新規加入・転入の場合のみ必要です。なお、施設で加入コースを増額変更する場合には、加入者全員の告知・同意印が必要です。
Q5	新規加入の場合、被保険者番号はどうなりますか？
A5	被保険者番号は試験センターにて自動付番いたしますので、新規加入の方の被保険者番号はご記入不要です。
Q7	ミドルネームがある方の被保険者氏名(カナ）はどのように記入すればいいですか？
A7	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）

Q2	加入申込書（１表）全てに施設印の押印は必要でしょうか？
A2	申込コードをいただく等、変更のある１表には、全て施設印を押印ください (全く異動がない１表はご提出不要です）
Q4	2054年度に新規加入の対象となる年齢範囲はどうなりますか？ (2025年7月1日～2026年6月30日まで）
A4	昭和30年1月2日生まれから平成23年1月1日生まれまでの方となります （満14歳6ヵ月を超え、満70歳6ヵ月までの方が対象です。）
Q6	同一人物の転出入と氏名訂正等を同時に手続きはできますか？
A6	転入と同時に手続き可能です。 申込コードは、「４（転入）」としていただき、新しい氏名でお申込みください。
Q8	外国籍の方で印鑑を持っていない場合はどうすればいいですか？
A8	外国籍の方に限り、同意印欄にサイン（署名）での記入が可能です。

管理区分コード表

県コード　一覧

県コード

01	北海道	02	青森	03	岩手	04	宮城	05	秋田	06	山形	07	福島	08	茨城
09	栃木	10	群馬	11	埼玉	12	千葉	13	東京	14	神奈川	15	新潟	16	富山
17	石川	18	福井	19	山梨	20	長野	21	岐阜	22	静岡	23	愛知	24	三重
25	滋賀	26	京都	27	大阪	28	兵庫	29	奈良	30	和歌山	31	鳥取	32	島根
33	岡山	34	広島	35	山口	36	徳島	37	香川	38	愛媛	39	高知	40	福岡
41	佐賀	42	長崎	43	熊本	44	大分	45	宮崎	46	鹿児島	47	沖縄		

施設種類コード（2023年新体系）

（注）このコードは2023年7月以降に加入する場合に使用します。
2023年6月時点の加入施設は現在使用しているコードをそのまま使用します。

区分	加入対象施設・事業	施設種類コード
生活保護関係	救護施設	11001
	更生施設	11002
	医療保護施設	11003
	授産施設（生活保護）	11004
	宿所提供施設	11005
	葬祭扶助	11006
高齢者関係	養護老人ホーム	21001
	特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	21002
	軽費老人ホーム	21003
	老人保健施設（社会福祉法人が経営する場合に限る）	22001
	老人居宅介護等事業（訪問介護）	23001
	老人デイサービスセンター（通所介護）	23002
	老人短期入所施設（短期入所生活介護）	23003
	小規模多機能型居宅介護事業（小規模多機能型居宅介護）	23004
	認知症対応型老人共同生活援助事業（認知症対応型共同生活介護）グループホーム	23005
	複合型サービス福祉事業（看護小規模多機能型居宅介護）	23006
	老人福祉センター	25001
	老人介護支援センター	25002
	有料老人ホーム	26001
児童関係	乳児院	31001
	母子生活支援施設	31002
	児童養護施設	31003
	障害児入所施設	31004
	児童心理治療施設	31005
	児童自立支援施設	31006
	障害児通所支援事業（放課後等デイサービスほか）	32001
	放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ）	32002
	助産施設	32003
	保育所（保育所型認定こども園を含む）	32004
	児童厚生施設（児童遊園、児童館）	32005
	児童家庭支援センター	32006
	その他の社会福祉法第２条第３項第２号の事業	32007
	幼保連携型認定こども園	33001
	母子・父子福祉施設	34001
	その他の社会福祉法第２条第３項第３号の事業	34002

（注）加入単位の施設・事業所において複数の事業を経営する場合は、その主たる事業のコードを登録する。

施設種類コード 一覧（2）

区分	加入対象施設・事業	施設種類コード
障害者関係	障害者支援施設	41001
	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援	42001
	療養介護、生活介護、短期入所	42002
	自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助	42003
	共同生活援助（グループホーム）	42004
	移動支援事業、地域活動支援センター、福祉ホーム	42005
	一般相談支援事業、特定相談支援事業	42006
	身体障害者生活訓練等事業	43001
	手話通訳事業	43002
	介助犬訓練事業、聴導犬訓練事業、盲導犬訓練事業	43003
	身体障害者福祉センター	43004
	補装具製作施設	43005
	視覚障害者情報提供施設	43006
	身体障害者更生相談所	43007
	知的障害者更生相談所	44001
その他	女性自立支援施設	51001
	授産施設（社会事業授産施設）	51002
	生活福祉資金貸付事業	51003
	生活困窮者に対する相談事業	52001
	認定生活困窮者就労訓練事業	52002
	養子縁組あっせん事業	52003
	無料低額宿泊（診療）事業、無料低額介護老人保健施設（介護医療院）利用事業	52004
	隣保事業、福祉サービス利用援助事業	52005
	社会福祉事業に関する連絡・助成事業	52006
法人一括		61001

（注）加入単位の施設・事業所において複数の事業を経営する場合は、その主たる事業のコードを登録する。