

# 7月更新時 従相保険クラブ 書類記入見本

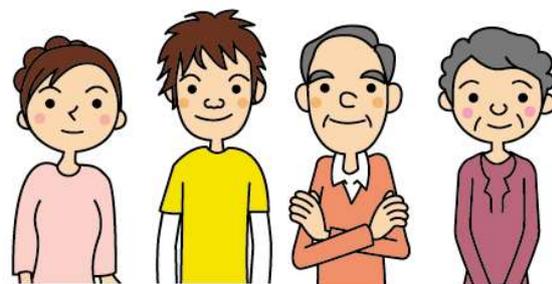
- 本冊子は更新手続後も保管いただき、毎月の異動手続の際にもご参照ください。
- 「加入申込書兼告知書・異動報告書（1表）」および「届出事項申込(変更)届（2表）」をご提出の際は、コピーをお取りいただき、施設控えとして保管願います。

## 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、訂正印を押印してください（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、ご注意ください。

# 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（異動した）	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

⇒このケースは該当する「1表」のみ提出してください

## 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	
電話番号が変わった	

⇒このケースは「2表」のみ提出してください

## 加入コース の変更

加入コースを変更したい	13・14 ページ
-------------	--------------

⇒このケースはすべての「1表」と「2表」を提出してください

## 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」を提出してください  
(お持ちでない場合は従相保険クラブ事務局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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 0
- 6. 登録内容を変更する場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 1

## 加入コースの変更

- 7. 加入コースを変更する場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 3

## 銀行口座の変更

- 8. 銀行口座を変更する場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 6

## 被保険者の告知書

- 9. 従事者相互保険「被保険者の告知書」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 8
- 1 0. 総合医療保険「被保険者の告知書」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 9

## その他ご連絡事項

- 1 1. その他お手続きについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 1
- 1 2. 施設一括脱退について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 2
- 1 3. 施設からのお問合せ・お申し出先・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 2
- 1 4. 従相保険クラブ 書類チェックシート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 3
- 1 5. 書類記入時のQ & A・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 4

- 管理区分コード表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 6

# 役員の入退社









# 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)」

**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上、以下被保険者について加入（増徴）の申込みをします。左記、加入申込書兼告知書に記載の内容が事実と相違しない場合は、契約（特約が付けられている場合は、特約を含みます。）の全部または一部を解除させていただきます。この申込みについては、被保険者の加入同意印をもって御承諾をさせていただきます。なお、契約者で、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. 被保険者調査の重要性を十分に理解いただき、中途加入者、増徴願者全員に対して契約内容の通知を行い、御承諾を完了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・代理人がお客先へのご来社に際し、事実を告知することを仰げたり、あるいは仕事とご来社を兼ねるようお動きをいたします。  
3. 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）について、次の新規加入・保険金額等の際には、以下告知事項2項、3項に該当しない場合は「被保険者の告知欄」をご提出ください。  
4. 申込書兼告知書の記入が認められた時点で、連絡ではない理由で、以下告知事項に該当するかどうかの判断が困難な場合、申込書兼告知書の提出が完了した時点で、当社で保有するお客様の情報により、ご加入もしくは増徴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

1 効力発生日 令和 8年 7月 1日 申込（告知）日（記入日） 令和 8年 4月 15日

2 施設の管理者の方が告知事項をご確認ください

3 法人名・施設名・施設印  
福) 福寿鶴亀会  
特養) 第二鶴峰園  
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

4 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

5 被保険者情報

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(円)	申込保険金額	告知欄(※)	現在の加入金額(円)	申込入院給付金	告知欄(※)	お届記入欄
1	サトウ タロウ	男	13611027	500	500	○	01000	0	○	
4	ヤマダ ハナコ	女	23611027	500	500	○	01000	0	○	かがやき園
4	アンドウ タロウ	男	13410830	300	500	○	10001	1000	○	きらめき園
1	スズキ スズ	男	24100830	500	500	○	01000	0	○	
1	サイトウ ミキ	女	24111225	500	500	○	01000	2000	○	

14 14

★【重要】新規加入（転入）の際は、必ず「告知欄」の記入をお願いします。告知欄の記入がない場合は、ご希望の加入月に加入いただけない場合があります。

NO.	項目	内容	訂正印
①	効力発生日	本募集時は、更新日（令和8年7月1日）となります。追加募集時は、毎月末日までに従相保険クラブ事務局に到着した分について、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・氏名が印字されています。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	ご登録のコードが印字されています。	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。（コースに従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○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、試験センターHPよりプリントした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○印で囲んでください。「有」の場合、試験センターHPよりプリントした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」をご記入の上、「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

施：施設印 被：被保険者印

★ご注意ください★  
加入者の転入は、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。

※転入の効力発生日は、転出元から提出される1表の効力発生日と合わせてください。

## 施設情報の変更



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ご提出ください。

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			
<p>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） ※世帯別 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。</p>					
1	登録日 (変更日)	令和 8 年 7 月 1 日	2	お申込日 (記入日)	令和 8 年 4 月 15 日
4		<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 (変更のある項目のみご記入ください)		3	
		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 法人一紙の場合は法人印	
		福) 福寿鶴亀会 特養) 新鶴峰園		施設印	
		業コード 施設種類コード 事務所コード 00013002029900008			
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 シセツショウ フクダ タロウ 役職・氏名 施設長 福田 太郎		預金口座振替依頼書 <input type="checkbox"/> 希望する		
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)		7		
	88 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: )		
<p>社員等又は役員等に関する個人情報の取扱い                  公益財団法人社会福祉振興・試験センターは本欄によりご提出いただいた代表者名および施設名等の個人情報を（以下「代表者等の個人情報」といいます。）を本会等の業務上必要な範囲に利用いたします。また公益財団法人社会福祉振興・試験センターは当該代表者等の個人情報を第三者へ提供することはありません。但し、本会等が業務上必要と認めるときは、関係する法令に基づき、以下のように個人情報を提供いたします。                  関係法令に基づき、当該代表者等の個人情報を関係機関・関係機関等に提供・開示する場合があります。また、公益財団法人社会福祉振興・試験センターは、他の社会福祉団体へ上記の個人情報を提供いたします。公益財団法人社会福祉振興・試験センターは公益財団法人として、他の公益財団法人に個人情報を提供することはありません。</p>					

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）印を押印してください。
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○印をつけてください。

## 加入コースの変更



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上、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と相違した場合は、契約（予約が付付されている場合は、契約を食みます。）の条項または一括を解除されても差支ありません。この申込みについては、被保険者の加入同意印をもって変更届を行いますが、なお、契約締結後、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てください。

ご留意点

1. 被保険者調整の重要性を十分に認識いただき、中途加入者、増額者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・保険金額増額等には、以下の告知事項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。  
・専任役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、以下の告知事項に該当するかどうかの判断が困難な方  
・「加入申込書兼告知書」等への記入の有無にかかわらず、当社で保有するお客様情報により、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 8 年 7 月 1 日 申込（告知）日 令和 8 年 4 月 15 日

施設の管理者の方が告知事項をご確認ください

告知事項

1. 告知日現在、病気やけがにより労働中の方がいますか。  
(病気やけがの治癒のため休職・普通休職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。(病気やけがの治癒のため休職・普通休職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休暇(無)を受けている方がいますか。  
※健康上の理由で勤務に加える必要のある方で、勤務先または受雇等の係長より労働時間(日数)短縮の特別指示を受けている場合をいいます。

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」)を確認の上、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。

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。  
告知事項(項目番号「2」「3」)を確認の上、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。

被保険者情報

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(万円)	告知欄(*)	現在の加入金額(円)	告知欄(*)
1859401	アンドウ タロウ	男	13611027	300500	有	03000	有
1893079	カメダ ハナコ	女	23410830	300500	有	03000	有

申込書兼告知書(1表)については、裏面パンフレットをご確認ください。  
お問い合わせ先 06-6565-7625(受付)

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・氏名が印字されています。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	ご登録のコードが印字されています。	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新規加入がある場合は、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場合は記入不要です。)	施
⑤	被保険者情報記入欄	ご加入者情報が印字されています。	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、試験センターHPよりプリントした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。(コースに従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、試験センターHPよりプリントした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上、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。

# 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ご提出ください。  
 (お持ちで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

# 預金口座振替依頼書

(1枚目)  
金融機関提出用

金融機関 御中

申込日 20 年 月 日

申込日をご記入下さい。

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、(株)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。

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。

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)																		
フリガナ (上段より 左づめで)	シャカイフクシホウジン ツルカメカイ リジ チョウ イケフ クロ タロウ																		
口座名義人 預金者名 (漢字)	社会福祉法人鶴亀会 理事長 池袋 太郎																		
指定口座 金融機関	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">金融機関</td> <td style="width: 20%;">支店・支所コード</td> <td style="width: 20%;">預金種目</td> <td style="width: 40%;">口座番号(右づめで7桁)</td> </tr> <tr> <td>豊島</td> <td>池袋</td> <td>普通(総合)</td> <td>0 1 2 2 3 3 3</td> </tr> <tr> <td>金融機関コード</td> <td>支店・支所コード</td> <td>預金種目</td> <td>口座番号(右づめで7桁)</td> </tr> <tr> <td>0 0 4 4</td> <td>2 4 3</td> <td>①</td> <td>0 1 2 2 3 3 3</td> </tr> </table>			金融機関	支店・支所コード	預金種目	口座番号(右づめで7桁)	豊島	池袋	普通(総合)	0 1 2 2 3 3 3	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)	0 0 4 4	2 4 3	①	0 1 2 2 3 3 3
金融機関	支店・支所コード	預金種目	口座番号(右づめで7桁)																
豊島	池袋	普通(総合)	0 1 2 2 3 3 3																
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)																
0 0 4 4	2 4 3	①	0 1 2 2 3 3 3																

金融機関  
届出印  
(4枚とも押印下さい。)

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。

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。)

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 ( )			

預金種目はどちらかに  
 ○印をご記入下さい。

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

内は自身でもれなく記入・押印して下さい。

<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 トウキョウトシマクイケブクロチョウ			
地名 東京都豊島区池袋町		丁目・番地 1-1-1	
住所 (郵便局) 郵便番号 170-1111 電話番号 03 (3210) 1234		方書	
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 C 0 3 8		事業所コード(会員番号) 0 0 0 1 3 0 0 2 0 2 1 1 1 1 1 1	

従相クラブの事業所  
 コードをご記入下さい。

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)

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





## その他ご連絡事項

## 1 1. 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**



[https://www.sssc.or.jp/hoken/hoken\\_01\\_office.html](https://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(日)  
(消印有効)までにご提出ください。

※1月の掛金振替の場合、11月30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、事務の手引きに記載の「受取指定口座登録・変更届」をご提出ください。

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(日)  
(消印有効)までにご提出ください。

※掛金振替の場合、掛金1%の割引がございます。

## 1 2. 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。

## 1 3. 施設からのお問合せ・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)

## 1 4. 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	<input type="checkbox"/>
施設名・施設印を記入押印しているか	<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か	<input type="checkbox"/>
申込区分（変更）の□レ印を記入しているか	<input type="checkbox"/>
変更必要項目を記入しているか	<input type="checkbox"/>
「総職員数・ご加入対象者」を記入しているか	<input type="checkbox"/>

### 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	<input type="checkbox"/>
効力発生日・申込（告知）日を記入しているか	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
<b>（特に重要）</b> 施設印を押印しているか	<input type="checkbox"/>

#### 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・申込入院給付金欄を記入し、被保険者が加入同意印を押印しているか	<input type="checkbox"/>
告知欄の「無」「有」いずれかに○をつけているか 項目番号に○をつけているか（従相保険のみ）	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

#### 「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	<input type="checkbox"/>
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出ているか。	<input type="checkbox"/>

### 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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>

## 15. 書類記入時のQ&A

<b>Q1</b>	印字されている1表は全て提出が必要でしょうか？
<b>A1</b>	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)
<b>Q3</b>	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？
<b>A3</b>	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。
<b>Q5</b>	新規加入の場合、被保険者番号はどうなりますか？
<b>A5</b>	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。
<b>Q7</b>	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？
<b>A7</b>	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)

<b>Q2</b>	加入申込書(1表)全てに施設印の押印は必要でしょうか？
<b>A2</b>	申込コードを記入いただく等、変更のある1表には、全て施設印を押印してください。 (全く異動がない1表はご提出不要です)
<b>Q4</b>	2026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？ (保険期間：2026年7月1日～2027年6月30日まで)
<b>A4</b>	昭和31年1月2日生まれから平成24年1月1日生まれまでの方となります (満14歳6カ月を超え、満70歳6カ月までの方が対象です。)
<b>Q6</b>	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？
<b>A6</b>	転出入と同時に手続き可能です。ただし、転出元から提出いただく1表の申込コードは、「3(転出)」としていただき、氏名訂正の記載が必要となります。また、転入先から提出いただく1表の申込コードは、「4(転入)」としていただき、新しい氏名でお申込みください。
<b>Q8</b>	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？
<b>A8</b>	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。

Q9	令和 8 年 7 月 1 日効力発生日以前の退職者の場合、印字された（プレプリント） 1 表に既に効力発生日が印字されていますが、どのように手続きすればいいですか？
A9	<p>白紙の 1 表に効力発生日ごとに作成してご提出ください。 （例： 3 月 31 日の退職者と 4 月 20 日の退職者がいる場合、効力発生日が退職月の翌月 1 日となりますので、 3 月退職者は 4 月 1 日効力発生日の 1 表を、 4 月退職者は 5 月 1 日効力発生日の 1 表をそれぞれ作成してご提出ください。）</p> <p>※上記例のとおり、 7 月の更新時に白紙の 1 表をご提出いただく場合は、印字された（プレプリント）退職者の 1 表は提出不要ですので提出しないでください。</p> <p>なお、当センターに 4 月末（消印有効）までに書類の提出がない場合は、 7 月に送付する加入者名簿に退職者の氏名は記載される場合がありますが、ご提出されていれば手続きは完了していますので、再度ご提出は不要です。</p>

# 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 一覧 (1)

## 施設種類コード (2026年新体系)

(注) このコードは2026年7月以降に加入する場合に使用します。  
2026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
	介護老人保健施設	22001
	介護医療院	22002
	訪問介護、夜間対応型訪問介護	23001
	訪問入浴介護、介護予防訪問入浴介護	23002
	通所介護 (デイサービス)	23003
	短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ)	23004
	小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護	23005
	認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	23006
	特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護	23007
	地域密着型通所介護	23008
	認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護	23009
	小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護	23010
	地域密着型特定施設入居者生活介護	23011
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	23012
	福祉用具貸与、特定福祉用具販売	23013
	訪問看護、介護予防訪問看護	23101
	訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション	23102
	居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導	23103
	通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション	23104
	短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護	23105
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	23106
	複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	23107
	居宅介護支援、介護予防支援	24001
	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

(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
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
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、就労選択支援、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
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		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。