

<北海道社会福祉協議会 会員法人専用>

団体役員賠償責任補償制度 加入申込票

－会社役員賠償責任保険（D&O保険）－

●ご記入に際してのご注意

- ・加入申込票には事実を正確にご回答（記入）ください。※印の項目にはご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項（告知事項）であり、ご回答内容が事実と相違する場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできない場合がありますので、十分にご確認のうえご回答（記入）ください。
- ・この告知事項申告書のご申告の内容によっては、引受をお断りすることがありますのであらかじめご了承ください。ご加入いただく際には、保険契約の締結に先立ち、この告知事項申告書に本保険の被保険者となる理事のうち、どなたか一名にご署名またはご記名・ご捺印をお願いします。ご申告いただいた内容は、すべての被保険者（理事、監事、評議員、施設長等の役員）に適用されますので、ご注意ください。

加入申込票 兼 告知事項申告書記入日 ____ 年 ____ 月 ____ 日	記名・押印（または署名）<法人名・代表者名>
保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。	印

加 入 申 込 票

以下のとおり加入を申込みます。

●ご加入者情報

法人名 <申込人> (記名被保険者)	ｶﾅ)	部署名	
	漢字)	役職名	
		担当者氏名	
住所	〒	連絡先 TEL	()
		連絡先 FAX	()

●保険料算出条件

総資産額および売上高 ※直近会計年度（令和 6 年度（令和 7 年 3 月末））分をご記入ください。			
総資産	百万円	売上高	百万円

●ご加入プラン

加入プラン * プラン名に○をつけてください。			年間保険料
プラン	支払限度額 5,000 万円	A	円
	支払限度額 1 億円	B	円
	支払限度額 3 億円	C	円
【保険料振込予定日】			年 月 日

他の保険契約等※	この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。（ありのときは右欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。） あり	会社名	保険金額・支払限度額 万円
		保険種類	過去 3 年間ににおける事故 あり → ありの場合 回
		道社協受付日	月 日 道社協受付 No.

<加入手続の流れ>

1. 「加入申込票」、「告知事項申告書」に必要事項をご記入のうえ、総資産額の分かる決算資料（貸借対照表等）を添えて下記運営事務局までご送付ください。
 <ご送付先> 社会福祉法人北海道社会福祉協議会 企画総務部企画総務課
 〒060-0002 札幌市中央区北 2 条西 7 丁目 かでる 2・7 3 階
 TEL: 011-241-3976 FAX: 011-251-3971
2. 保険料は下記の口座まで募集締切日までにお振込みください。
 <お振込先>
 北洋銀行 道庁支店 普通預金口座: 0301636
 口座名義: 社会福祉法人北海道社会福祉協議会