

# 公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書

あいおいニッセイ同和損保

DNI センター受付

※印の項目は、ご契約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)です。  
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こと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。

私(申込人)は、自分が所属する企業または団体に対して、当該企業または団体が引受保険会社(共同保険契約の場合は共同保険会社)を含みます。以下同様とします。)と締結する団体保険契約への加入を、以下のとおり依頼します。以下加入申込票に記載のない加入条件(適用約款・特約・保険期間・保険金額など)は、当該企業または団体により定められているものであることを確認します。私および被保険者は、団体保険契約に関する情報を引受保険会社に提供することに同意します。また、私および被保険者は引受保険会社に提供された情報が、適切な保険の引受(万一保険事故が発生した場合の円滑かつ適切な保険金の支払い、保険契約に付帯されるサービスの提供のほか、保険制度の健全な運営(再保険契約に付随する手続きを含みます。)) 改訂のご案内、商品提案、グループ会社(海外にあるものを含みます。)) および提携先への商品・サービスの提案・提供等に利用されることに同意します。  
(引受保険会社は、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社となります。なお詳細は弊社ホームページ<https://www.aioinissaidowa.co.jp/>をご参照ください。)

000 AAA 020 994  
R151 03 42 SL 354 ⑤

代表証券番号

<ご記入にあたって>

- 被保険者住所が申込人(加入者)の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に〇印をしてください。

下記のいずれかに〇をしてください。

- ① 新規加入
- ② 変更
- ③ 継続加入
- ④ 継続しない

申込人(加入者)	加入申込日 010 令和R 年 月 日	011 電話番号 - -	
	住所 012 郵便番号 〒 -	317 カナ [399] 漢字	
	氏名 018 所属名 カナ	019 所属コード	017 職員番号
	013 生年月日 (天正T 昭和S 平成H 令和R) 漢字 [341]	980 生年月日 年 月 日	

098 加入者番号
-----------

L05 加入者識別コード
--------------

符号	被保険者欄	300 セット名 (3桁以内の英数字)	397 住民訴訟もしくは損害賠償が提起されるおそれ、また原因となる事由があることをご存じの場合は、その内容についてご記入ください。	その他の項目(被保険者項目のみ記入可)
390	申込人住所と異なる場合は必ずご記入ください。 住所 014 申込人住所と同じ H41 カナ [L68] 漢字			項目No. 内容
	氏名 015 J04 カナ [L67] 漢字			
01	323 ※生年月日 (天正T 昭和S 平成H 令和R) 年 月 日	302 性別 ① 男 ② 女	331 加入者特記事項 カナ	備考
	※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(共済契約を含みます)がありますか。「あり」の場合、必ず下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。) (注)他の保険会社における契約を含みます。			R50 合計保険料(分割払の場合は1回分) 円
	会社名	保険種類	保険金額・支払限度額 千円	満期日 令和 年 月 日

令和1年10月1日以降始期契約に使用

# 新規加入 記入例

赤枠内の必要事項をご確認・ご記入のうえ、ご提出ください。  
 ⇒ 加入申込日(A)、氏名(B)、職場名(C)、職員番号(D)、プラン(E)、告知事項(F)、合計保険料(G)、連絡先(H)、住所(I)

## 公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書

あいおいニッセイ同和損保

DNY センター送付

000 AAA 020 004  
 RI151 03 42 SL 354 ⑤

代表電話番号

※印の項目は、ご契約に関して引受保険会社がおたずねする特約事項(告知事項)です。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こと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。

告知事項(告知事項)とは、引受保険会社がおたずねする特約事項(告知事項)です。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こと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。

<ご記入にあたって>

1. 被保険者住所が申込人(加入者)の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に○印をしてください。

**A** 記入日をご記入ください。

加入申込日 令和 4 年 9 月 20 日

**B** カナ氏名をご記入のうえ、漢字フルネームでご署名ください。

012 郵便番号 317 カナ  
 030 漢字

020 カナ ニッセイ タロウ  
 041 フルネームでご署名ください  
 漢字 日生 太郎

**D** 職員番号をご記入ください。

050 生年月日 060 性別 S 漢字 H 漢字

**C** 職場名をカタカナでご記入ください。

010 職場名 カタカナ ○○○○

017 職員番号 00000000

**I** 住所をご記入ください。

011 申込人住所と同じ  
 漢字

**E** 告知事項に該当する場合、ご記入ください。

S

その他の項目(被保険者項目のみ記入可)

項目No.	内容

**B** 氏名をご記入ください。

漢字 ニッセイ タロウ  
 漢字 日生 太郎

**H** 連絡先をご記入ください。

ご加入を希望されるプラン名をご記入ください。

037 加入者特記事項 カナ

**G** 合計保険料(分割払の場合は1回分) 円

012 生年月日 060 性別 S 漢字 H 漢字

※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被害を補償する他の保険契約等(共済契約を含みます)がありますか、「あり」の場合、必ず下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります)  
 (注)他の保険会社における契約を含みます。

会社名	保険種類	保険金額 支払限度	満期日

告知事項に該当する場合、ご記入ください。

パンフレットより、プランに応じた保険料を転記してください。

# 記入例(変更の場合)

打ち出し加入申込票の内容をご確認いただき、変更箇所を二重線で消し、訂正ください。またプラン変更の際は、下段の通り訂正いただき、ご提出ください。

**公務員賠償責任保険更改加入申込票 兼 被保険者明細書**

あいおいニッセイ同和損保

「変更」に○をしてください。

提出日をご記入ください。

氏名をご確認のうえ、ご署名ください。

アイオイ タロウ

住所をご記入ください。

前年加入プランが記載されています。ご確認ください。プランを変更する場合は、二重線で現在のプランを消していただき、新プランを記入してください。

氏名をご確認ください。

アイオイ タロウ  
あいおい 太郎

連絡先 組合員番号を記入してください

プラン変更で、告知事項に該当する場合は、ご記入ください。

令和1年10月1日以降始修契約に使用

80AD-4 (191001) 保険会社用

# 記入例(脱退の場合)

打ち出し加入申込票の「継続しない」に○をし、ご署名のうえ、ご提出ください。

**公務員賠償責任保険更改加入申込票 兼 被保険者明細書**

※印の項目は、ご契約に際して別添付会社がお知らせする時に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金を支払えないことがありますので十分にご確認のうえでご記入ください。

**あいおいニッセイ同和損保**

R230 03  42 SL 254 ⑤

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 1F

代表取締役番号  
代表者番号  
保険支社 代理店/振替/仲立人 団体コード

＜ご記入にあたって＞  
1. 被保険者住所が申込人(加入者)の住所と異なる場合は、「申込人住所と同じ」に○をし、「加入者住所と同じ」に○をください。

保険期間  
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

加入者番号  
**0000000**

前契約加入者番号 L17 被保険者コード

初年度契約保険期間開始日  
令和 年 月 日

「継続しない」に○をしてください。

提出日をご記入ください。  
**4年 9月 20日**

氏名をご確認のうえ、ご署名ください。  
**アイオイ タロウ**  
**あいおい 太郎**

被保険者欄  
1 申込人住所と同じ  
1 住所  
1 氏名  
1 生年月日  
1 性別

氏名をご確認ください。  
**アイオイ タロウ**  
**あいおい 太郎**

連絡先 組合員番号を記入してください

合計保険料(分割払の場合は1回分)  
円

前契約合計保険料(分割払の場合は1回分)  
円

90AD-4 (191001) 保険会社用 ①

令和1年10月1日以降始期契約に使用

公務員賠償責任保険更改加入申込票 兼 被保険者明細書