

ボランティア活動保険の加入申込手続きについて

社会福祉法人 岡山県会福祉協議会

(1) 申込時に必要なもの

- ①加入申込書（2枚複写）
- ②保険料（人数分を現金にてお支払いいただきます）
- ③加入者の氏名（注1）
- ④法人印または印鑑（注2）

（注1）申込書の「ご加入者氏名」欄に加入者の氏名をご記入いただきますが、名簿を添付いただいても問題ありません。名簿の様式は問いませんが、加入者の氏名と加入プランを明記してください。

（注2）法人の場合は法人印が必要です。

任意団体・個人の場合には、代表者の捺印または署名（フルネーム）が必要です。

(2) 加入申込手続き

- ①所定の「加入申込書」に必要事項を記入し、捺印の上、保険料を添えて提出してください。
- ②社会福祉協議会が内容を確認、受付印を押印し、保険料を受領することによって加入申込手続きの完了といたします。
- ③申込書の「加入者控（領収書付き）」と「加入カード」をお渡しいたします。

(3) 注意事項

- ①窓口時間は月曜日から金曜日の8時30分から17時15分まで（祝祭日・年末年始除く）
※必ず17時までにご来所ください。（手続きには15分程度時間を要します）
- ②補償期間は、加入手続き完了日の翌日から開始します。
※前年度の3月31日までに加入した場合は、4月1日から補償期間が開始します。
- ③加入申込書・パンフレット等は本会窓口にてお渡しいたします。

3. ボランティア活動保険加入申込書

(1) 加入申込書

令和8年度用

① ボランティア活動保険加入申込書 (受付社協保管) No. _____

パンフレットを確認し、「個人情報取扱について」に同意し、加入を申し込みます。また、2口以上の加入者がいないことを確認しました。

加入申込人	団体 グループ名	(フリガナ) マルマルゴドモショクドウ ダイヒョウ フクシタロウ		ご署名(フルネーム) またはご捺印	大規模災害 特例の適用 (丸印)
	代表者	〇〇子ども食堂 代表 福祉太郎			
	(代表者)	福祉太郎 (担当者) 福祉花子			
ご住所 TEL	〒	123-4567	TEL	012-345-6789	
主な活動内容	〇〇県〇〇市〇〇1-1-1		主な活動場所	〇〇福祉センター	

必ず押印をお願いします。

できるだけ詳細に記入ください。

ご加入内容	基本プラン 350円	天災・地震補償プラン 500円	合計
右欄に加入人数・保険料をご記入ください	× 20人 = 7,000円	× 10人 = 5,000円	_____人 _____円

No.	ご加入者氏名 (被保険者)	ご加入プラン(丸印)		No.	ご加入者氏名 (被保険者)	ご加入プラン(丸印)	
		基本プラン	天災・地震補償プラン			基本プラン	天災・地震補償プラン
1	(名簿別添)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【受付社協控】3年間保管してください

保険金の種類	加入プラン	基本プラン	天災・地震補償プラン	
ケガの補償	死亡保険金	1,040万円		
	後遺障害保険金	1,040万円(限度額)		
	入院保険金日額	6,500円		
	手術保険金	入院時の手術	65,000円	
		外来の手術	32,500円	
通院保険金日額	4,000円			
賠償の補償	賠償責任保険金(対人・対物共通)	5億円(限度額)		
	年間保険料	350円	500円	

●基本プランでは地震・噴火・津波に起因する死傷は補償されません。

●中途でのボランティアの入替や加入プランの変更はできません。

●ご加入はお1人につきいずれかのプラン1口のみとなります。

●事故が発生した場合は、ただちに加入手続きを行った社会福祉協議会までご連絡ください。事故発生の日からその日を含めて30日以内にご通知いただけない場合は、保険金の全額または一部をお支払いできないことがあります。

補償期間
令和 〇 年 4 月 1 日 ~ 令和 9 年 3 月 31 日

〇〇市 社会福祉協議会

TEL 012-345-9876

社協の受付印を
押印してください。

パンフレットはこちら

よくある質問はこちら

- ★太枠内は、加入申込人が記入してください。
- ★すでに作成済の名簿がある場合は、その名簿のコピーの添付があれば加入者氏名の記入は不要です。
(名簿コピーには、個々の加入者の加入プランを明記してください。)
- ★加入手続き完了日、補償期間、社協受付印は、必ず社協が記入・押印してください。
- ★加入プランや加入人数・保険料の記入がない場合、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。