

プラン7にご加入いただく場合は、本様式をコピーして加入依頼書に添付してください。

平成 年 月 日

被保険者の追加・変更・削除がある場合は、
すみやかに(有)日保協までご連絡ください。

有限会社 日保協

(お問い合わせ先) 03-5226-0025

保育園名 _____

住 所 _____

7 保育士向け賠償責任補償 被保険者明細書

被保険者(加入者)が40名を超える場合は、本書式をコピーしてご利用ください。

番号	氏名(漢字)	性別	年齢	番号	氏名(漢字)	性別	年齢
1		女・男	歳	21		女・男	歳
2		女・男	歳	22		女・男	歳
3		女・男	歳	23		女・男	歳
4		女・男	歳	24		女・男	歳
5		女・男	歳	25		女・男	歳
6		女・男	歳	26		女・男	歳
7		女・男	歳	27		女・男	歳
8		女・男	歳	28		女・男	歳
9		女・男	歳	29		女・男	歳
10		女・男	歳	30		女・男	歳
11		女・男	歳	31		女・男	歳
12		女・男	歳	32		女・男	歳
13		女・男	歳	33		女・男	歳
14		女・男	歳	34		女・男	歳
15		女・男	歳	35		女・男	歳
16		女・男	歳	36		女・男	歳
17		女・男	歳	37		女・男	歳
18		女・男	歳	38		女・男	歳
19		女・男	歳	39		女・男	歳
20		女・男	歳	40		女・男	歳

※本名簿に記載していただく方は貴園に所属する有資格の保育士全員(パート・アルバイトを含みます。)となります。

被保険者数
人

×

1名あたり掛金
1,500円

=

保育士向け賠償責任保険 掛金
円

(有)日保協 使用欄

(保険料)	円
(運営費)	円