

農業研修生総合保険(普通傷害保険・賠償責任保険)加入依頼書

1. 下記についてご記入ください。

加入区分	<input checked="" type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 更新	生年月日	昭・平	年	月	日	
加入者名 (被保険者名)	ワカナ					性別	
						<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女
所在地(住所)	〒						
連絡先	TEL(携帯):		TEL:		FAX:		
研修先(住所、法人・農家名)	〒						
連絡先	TEL:		FAX:				
研修期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (年 カ月)						

※申請中の方は、承認申請中の研修計画の写し(承認申請時の添付書類は不要)を添付してください。

2. ご希望の補償期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (カ月まで)

※補償期間は12か月(1年間)までとなります。

3. ご希望の加入タイプに○をし、合計保険料を記入してください。

補償期間	普通傷害保険料 (単位:円)				賠償責任保険料 (単位:円)	
	研修中のみ補償		24時間補償		C	D
	A	B	A2	B2		
1か月まで	4,790	2,760	8,970	5,170	840	530
2か月まで	6,680	3,850	12,640	7,280	1,670	1,050
3か月まで	8,570	4,940	16,180	9,320	2,500	1,580
4か月まで	10,510	6,050	19,750	11,380	3,330	2,100
5か月まで	12,400	7,140	23,290	13,420	4,170	2,630
6か月まで	13,310	7,670	25,100	14,460	5,010	3,160
7か月まで	14,290	8,230	26,960	15,530	5,830	3,680
8か月まで	15,300	8,810	28,670	16,520	6,670	4,210
9か月まで	16,180	9,320	30,530	17,590	7,500	4,730
10か月まで	17,190	9,900	32,310	18,610	8,340	5,260
11か月まで	18,070	10,410	34,070	19,630	9,160	5,780
12か月まで	19,080	10,990	35,880	20,670	10,000	6,310

傷害	+	賠償	=	合計	円
----	---	----	---	----	---

4. その他ご記入ください。

★他の保険契約(賠償) ※ありの場合下記に詳細をご記入願います。			<input checked="" type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし
会社名	保険種類	満期日	保険金額	

※この加入依頼書に★印が付された項目は「告知事項」です。この項目の記載内容に誤りがある場合は、保険金のお支払いができないことや保険契約を解除させていただくことがありますので正しくご記入ください。

◆加入依頼書は、下記までFAXまたはメールにてご送付ください。

〒102-0084 東京都千代田区二番町9-8 中央労働基準協会ビル (一社)全国農業会議所 宛
TEL 03-6910-1126 FAX 03-3261-5131 E-mail kyufukin@nca.or.jp

◆合計保険料を補償開始日当月末日までに下記へお振り込みください。

※大変恐れ入りますが振込手数料はご自身でご負担いただきますようお願い申し上げます。

保険料振込先 銀行名:みずほ銀行(0001) 支店名:銀座支店(035) 口座名:普通預金 口座番号:2898694 口座名義:(一社)全国農業会議所給付金保険料口

農業研修生総合保険加入証兼保険料領収証 本保険制度に加入したことを証明いたします。 保険料 ¥ 正に領収いたしました。 証券番号 傷害: 賠償: 平成 年 月 日 保険契約者 (一社)全国農業会議所

記載例

業研修生総合保険(普通傷害保険・賠償責任保険)加入依頼書

1. 下記についてご記入ください。

加入区分	<input checked="" type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 更新	生年月日	昭 平 2年 4月 1日
加入者名 (被保険者名)	カガナ キョウエイ タロウ 共栄 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
所在地(住所)	〒 105-8604 東京都 港区 新橋 1丁目 18番 6号		
連絡先	TEL(携帯): 090-000-000 TEL: 03-3504-2337 FAX: 03-3595-3981		
研修先(住所、法人・農家名)	〒 102-0084 東京都 千代田区 二番町 9-8 (有)共栄農園		
連絡先	TEL: 03-6910-1124 FAX: 03-3265-5140		
研修期間	平成 29年 5月 1日 ~ 平成 30年 3月 1日 (0年10ヵ月)		

※申請中の方は、承認申請中の研修計画の写し(承認申請時の添付書類は不要)を添付してください。

2. ご希望の補償期間

平成 29年 5月 1日 ~ 平成 30年 3月 1日 (10 ヵ月まで)
--

※補償期間は12ヵ月(1年間)までとなります。

3. ご希望の加入タイプに○をし、合計保険料を記入してください。

補償期間	普通傷害保険料 (単位:円)				賠償責任保険料 (単位:円)	
	研修中のみ補償		24時間補償		C	D
	A	B	A2	B2		
1か月まで	4,790	2,760	8,970	5,170	840	530
2か月まで	6,680	3,850	12,640	7,280	1,670	1,050
3か月まで	8,570	4,940	16,180	9,320	2,500	1,580
4か月まで	10,510	6,050	19,750	11,380	3,330	2,100
5か月まで	12,400	7,140	23,290	13,420	4,170	2,630
6か月まで	13,310	7,670	25,100	14,460	5,010	3,160
7か月まで	14,290	8,230	26,960	15,530	5,830	3,680
8か月まで	15,300	8,810	28,670	16,520	6,670	4,210
9か月まで	16,180	9,320	30,530	17,590	7,500	4,730
10か月まで	17,190	9,900	32,310	18,610	8,340	5,260
11か月まで	18,070	10,410	34,070	19,630	9,160	5,780
12か月まで	19,080	10,990	35,880	20,670	10,000	6,310

傷害	9,900 円	+	賠償	5,260 円	=	合計	15,160 円
----	---------	---	----	---------	---	----	----------

4. その他ご記入ください。

★他の保険契約(賠償) ※ありの場合下記に詳細をご記入願います。	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		
会社名	保険種類	満期日	保険金額

※ この加入依頼書に★印が付された項目は「告知事項」です。この項目の記載内容に誤りがある場合は、保険金のお支払いができないことや保険契約を解除させていただくことがありますので正しくご記入ください。

◆加入依頼書は、下記までFAXまたはメールにてご送付ください。

〒102-0084 東京都千代田区二番町9-8 中央労働基準協会ビル (一社)全国農業会議所 宛
TEL 03-6910-1126 FAX 03-3261-5131 E-mail kyufukin@nca.or.jp

◆合計保険料を補償開始日当月末日までに下記へお振り込みください。

※大変恐れ入りますが振込手数料はご自身でご負担いただきますようお願い申し上げます。

保険料振込先 銀行名:みずほ銀行(0001) 支店名:銀座支店(035) 口座名:普通預金 口座番号:2898694 口座名義:(一社)全国農業会議所給付金保険料口

農業研修生総合保険加入証兼保険料領収証 本保険制度に加入したことを証明いたします。 保険料 ¥ 正に領収いたしました。 証券番号 傷害: 賠償: 平成 年 月 日 保険契約者 (一社)全国農業会議所 会長 二田孝治
--