

FAX：03-6279-0695 (TEL：03-6279-0654)

社会保険労務士賠償責任保険 加入依頼書 (2024年度用)

お手続き締切日 口座振替：2024年10月4日(金) 銀行振込：2024年11月15日(金)

申込人(加入者)及び被保険者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意し、社会保険労務士賠償責任保険に加入します。

申 込 日	年 月 日		社会保険労務士登録番号(法人の場合は法人番号)
保険期間	1年契約	2024年12月1日から2025年12月1日まで	
	中途加入	年 月1日 から2025年12月1日まで	

【1】事業者情報をご記入ください。 ※フリガナは必ずご記入ください。

(※ フリガナ) 事務所名 代表者名			確認印 個人印 または 法人印 重要事項等の内容を 確認・同意のうえ、 加入依頼書の記載内 容にしたがい申し込 みます。
(※ フリガナ) 事 務 所 所 在 地	(〒 -) TEL - - FAX - -		

【2】プランを1つご選択いただいた上、ご加入人数および保険料をご記入ください。

※中途加入の場合は、年間保険料ではなく中途加入保険料をご記入ください。

事務所人数	開業社会保険労務士数 (社会保険労務士法人の社員数)		+	その他職員数		=	事務所内人数	
-------	-------------------------------	--	---	--------	--	---	--------	--

保険の種類	タイプ名	保険料内訳
① 社会保険労務士賠償責任保険	A B C D Z	円
② 【オプション】事務組合担保保険	AA AB AC AD AE AF AG AH	円
③ 【オプション】サイバー保険	S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7 S8	円
合 計 保 険 料 (① + ② + ③)		円
お 支 払 方 法	○ 口座振替 ○ 銀行振込	

※全国社会保険労務士会連合会「社会保険労務士賠償責任保険制度」特別プラン(Zタイプ)からの移行はできませんのでご注意ください。

事務組合担保保険加入の場合、以下をご記入ください。	
記名被保険者	労働保険番号総数をご記入ください。 総数
	対象事務組合および組合の代表者名
	事務組合名 代表者名

※保険料のお支払方法はパンフレットP.9-10をご参照
ください。

※締切日(口座振替)：2024年10月4日(金)
(銀行振込)：2024年11月15日(金)

※振込手数料は、ご加入者さまのご負担になります。

本制度と同種の補償を受けられる他の保険契約の有無をご記入ください。	
無し 有り	有りの場合はその内容を以下にご記載ください。
	保険会社
	保険種類
	満 期 日

※組合加入の場合、事業組合名および代表者名をご記入ください。個人加入の場合、事務組合名および代表者名欄に関与する社会保険労務士の個人名をすべてご記入ください。

■お問い合わせ先

【取扱代理店】 損保ジャパンパートナーズ(株)団体職域第二部 中企団担当 〒163-0417 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビルディング17階 TEL: 03-6279-0654 FAX: 03-6279-0695 受付時間：午前9時から午後5時まで(土日・祝日・年末年始除く)	【団体窓口】 中小企業福祉事業団 事業部 事業課 〒111-0036 東京都台東区松が谷1-3-5 JPR上野イーストビル2階 TEL: 03-5806-0298 FAX: 03-5806-0297 受付時間：午前10時から午前11時30分 / 午後1時から4時まで (土日・祝日・年末年始除く)
---	---

FAX : 03-6279-0695 (TEL : 03-6279-0654)

社会保険労務士賠償責任保険 加入依頼書 (2024年度用)

お手続き締切日 口座振替 : 2024年10月4日(金) 銀行振込 : 2024年11月15日(金)

申込人(加入者)及び被保険者は、本委任書と併せて、損保ジャパンの公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意し、社会保険労務士賠償責任保険に加入する旨を本依頼書に記載してください。

申込書記入日をご記入ください。

申込日	2024 年 10 月 1 日	社会保険労務士登録番号(法人の場合は法人番号)	1234567
保険期間	1年契約 2024年12月1日から2025年12月1日まで 中途加入 年 月1日 から2025年12月1日まで		

【1】事業者情報をご記入

中途加入日をご記入ください。
毎月20日締切・翌月1日補償開始日になります。

社労士法人の場合は、主たる事務所の法人番号(7桁)をご記入ください。

(※フリガナ) 事務所名 代表者名	〇〇シャカイ 〇〇社会保険労務士事務所 代表 〇〇〇〇	個人印または法人印
(※フリガナ) 事務所所在地	トウキョウト 〇〇ク 〇〇 (〒 123 - 4567) 東京都 〇〇区 〇〇 TEL * * * - * * * * - * * * FAX * * * - * * * * - * * *	重要事項等の内容を確認・同意のうえ、加入依頼書の記載内容にしがたい申し込みます。

【2】プランを1つご選択いただいた上、ご加入人数および保険料をご記入ください。

※中途加入の場合は、年間保険料ではなく中途加入保険料をご記入ください。

事務所人数	開業社会保険労務士数 (社会保険労務士法人の社員数)	1 人	+	その他職員数	2 人	=	事務所内人数	3 人
-------	----------------------------	-----	---	--------	-----	---	--------	-----

保険の種類	タイプ名	保険料内訳
① 社会保険労務士賠償責任保険	A B C D Z	18,630 円
② 【オプション】事務組合担保保険	AA AB AC AD AE AF AG AH	7,600 円
③ 【オプション】サイバー保険	S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7 S8	31,990 円
合計保険料 (① + ② + ③)		58,220 円

お支払方法	パンフレットP.3以降の各保険の保険料表をご確認のうえ、保険料内訳・合計のご記入をお願いします。特約加入なしの場合、タイプ名は空欄、保険料内訳は0円と記入してください。
-------	--

※全国社会保険労務士会連合会「社会保険労務士賠償責任保険制度」

事務組合担保保険加入の場合、以下をご記入ください。

労働保険番号総数をご記入ください。	総数 110	ください。
対象事務組合および組合の代表者名	事務組合名 代表者名	24年10月4日(金) 24年11月15日(金)
〇〇組合労働保険事務所	〇〇〇〇	※振込手数料は、ご加入者さまのご負担になります。
個人加入で関与する社労士が複数名いる場合、全員分のお名前をご記入ください。		
無し	有り	本制度と同種の補償を受けられる他の保険契約の有無をご記入ください。
		有りの場合はその内容を以下にご記載ください。
		保険会社 〇〇損害保険会社
		保険種類 社会保険労務士賠償責任保険
		満期日 2025年12月1日

※組合加入の場合、事業組合名および代表者名をご記入ください。個人加入の場合、事務組合名および代表者名欄に関与する社会保険労務士の個人名をすべてご記入ください。

■お問い合わせ先

【取扱代理店】
損保ジャパンパートナーズ(株)団体職域第二部 中企団担当
〒163-0417
東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビルディング17階
TEL: 03-6279-0654 FAX: 03-6279-0695
受付時間: 午前9時から午後5時まで(土日・祝日・年末年始除く)

他の団体制度等で社労士賠償責任保険のご加入有無につきご記入ください。

〒111-0036
東京都台東区松が谷1-3-5 JPR上野イーストビル2階
TEL: 03-5806-0298 FAX: 03-5806-0297
受付時間: 午前10時から午前11時30分 / 午後1時から4時まで
(土日・祝日・年末年始除く)