

2025年度 公務員賠償責任保険制度 新規加入依頼書

本制度は以下①②の条件をともに満たす方のみ加入が可能です。

①自治労共済生協組合員 ②地方公共団体等の職員

空欄箇所が記入項目です。

所属	県コード・都道府県名		組合コード・組合名				支部コード・支部名				
	職場コード(任意)		職場名(任意)				職員コード				
	生協組合員番号				所属自治体名(例:〇〇市)						
								(☆通知事項)			

生協組合員(加入依頼者)	カナ		押印または自署 印 裏面記載の〔ご注意事項〕 確認印兼用	生年月日		
	お名前(自署)			西暦 年 月 日		
	(☆通知事項)					
	現住所 〒		TEL(任意)			

依頼書記入日 (加入依頼日)	202 年 月 日	職種	P1の被保険者となることができる対象職種をご参照の上、ご記入ください。	
			専門職 ⇨	具体的な専門職種名(一般職の方は記入不要)

これより下の項目を訂正した場合は、訂正印または組織印が必要です。

補償	ご希望のタイプに○を付け、パンフレットをご参照の上、保険期間・保険料をご記入ください。		
	タイプ	保険期間(補償期間)	保険料
	S A B C	202 年 月 1日 (10月発効)午後4時 (10月発効以外)午前0時 ~ 2026年10月1日 午後4時	円

★マークが加入に関する重要な事項(告知事項)ですので、正確に記載してください。

告知事項申告欄(どちらかに○をお付けください)	1 ★	本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求や住民監査請求、住民訴訟提訴請求を受けたことがありますか。	はい	いいえ	4 ★	左記1、2のいずれかが「はい」の場合は、損害賠償請求、住民監査請求、住民訴訟提訴請求およびその原因となる事実についての具体的な内容を記入してください。
	2 ★	本保険で補償の対象となる危険について、将来、損害賠償請求や住民監査請求、住民訴訟提訴請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか。	はい	いいえ		
	3 ★	他の保険契約 会社名 保険の種類 満期日 支払限度額(保険金額)	あり	なし		
	既加入者のみ要回答 満期末に旧自治体での契約を非継続とし、同月付で新自治体で新規加入をする方は○をつけてください。 (ご契約期間に空白なく継続されているかどうかをお伺いするものです。)					該当する

受付日記入欄	組合	月	日	組合印	県支部	月	日	県支部印
--------	----	---	---	-----	-----	---	---	------

保険会社使用欄
証券番号
引受保険会社 東京海上日動火災保険株式会社