

－記載上の留意点－
※ 赤枠で囲まれている欄にご記入ください。
※ 記入前に「未成年後見人補償制度の手引き（2025年度用）」の内容をご確認ください。

※ この用紙は記入用（提出用）ではありません。

<送付先> システムマネジメント未成年後見人補償制度係

未成年後見人補償制度 加入依頼書

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。

私（加入者・記名被保険者）は裏面に記載の『■ご加入に際して』を確認し、保険契約者である日本社会福祉士会に対してこの保険への加入を依頼します。

・お申込日 保険期間	ご記入欄				記入例				
	申込日（加入依頼日）	西暦	年	月	日	20XX年	3月	5日	
	保険始期	西暦	年	月	1日	午後4時	20XX年	4月	1日

※中途加入は、毎月10日までに加入依頼書を提出した場合、翌月1日午前0時より補償開始となります。

A 未成年後見人補償制度 のご加入情報	未成年後見人に選任された日（審判書発行日）	西暦	年	月	日	20XX年	X月	X日				
	ご加入者氏名 (記名被保険者)	フリガナ						カイジョウ	タロウ			
		漢字						海上	太郎			
	ご住所	フリガナ						トウキョウト	チヨウク	サンバンチョウ	6-4	
		漢字	〒						〒102-8014	東京都	千代田区	三番町
	ご連絡先	TEL						090-1234-5678				
メール							abcd-efg@hijk.jp					
一時払保険料						円	5,210円					

B 被後見人補償制度（総合生活保険） のご加入情報	被後見人に選任された日（審判書発行日）	西暦	年	月	日	20XX年	X月	X日				
	ご加入者氏名 (記名被保険者)	フリガナ						トウカイ	ハナ			
		漢字						東海	花			
	ご住所	フリガナ						トウキョウト	チヨウク	サンバンチョウ	6-4	
		漢字	〒						〒102-8014	東京都	千代田区	三番町
	ご連絡先	TEL						090-8765-4321				
		メール						lmnop-qlr@xyz.jp				
	生年月日	西暦	年	月	日	(満 歳)	20XX年	XX月	XX日	(満10歳)		
	職種級別(※1)	A級	・	B級	職業職務☆		<input checked="" type="radio"/> A級	<input type="radio"/> B級	学生			
	性別	男性	・	女性	他の保険契約等(※2)★	無	・	有	男性	・	<input checked="" type="radio"/> 女性	無
一時払保険料						円	7,980円					
意向確認	手引きP.28「意向チェックシート」の質問を全てご確認いただきましたか？						<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> はい				
ご署名						東海花 未成年後見人 海上太郎						

※●●（被後見人名）未成年後見人 ○○（後見人名）

※1 手引きP.28記載の「意向チェックシート」の内容を確認のうえ必ず○をつけてください。

※2 他の保険契約等（この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。）がある場合には○をし、裏面に詳細をご記入ください。

合計保険料 (未成年後見人補償制度+被後見人補償制度)	円	13,190円
--------------------------------	---	---------

未成年後見人補償制度については、裏面の「告知事項申告書」も必ずご記入ください。➡

★後見人についての告知事項および他の保険契約等

※A 未成年後見人補償制度（未成年後見業務賠償責任保険）にご加入の場合はご記入ください。

告知事項申告欄 ※どちらかに○を	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を受けたことがありますか（過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。）。	はい ・ いいえ
	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（過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。）。	はい ・ いいえ
	3	上記1、2のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入	
★他の保険契約等	あり ・ なし	会社名	保険等の種類
		保険金額(支払限度額)	満期日

★被後見人についての他の保険契約（*1）

※B 被後見人補償制度（総合生活保険（傷害補償））にご加入の方で該当がある場合はご記入ください。

*1 他の保険契約とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日(満了日)	保険金額・支払限度額(万円)
※ 該当のある場合にのみご記入ください。				

■その他事務処理欄・・・ご担当の都道府県の担当部署や連絡先をご記入ください。

都道府県	担当部署	電話番号

■ご加入に際して

私は、自分が都道府県が必要と認め、所定の要件を満たしている被後見人、未成年後見人であること、総合生活保険の被保険者が被後見人であること、重要事項説明書および意向チェックシートの内容および下記「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。

未成年後見業務賠償責任保険の場合

ご加入後に☆が付された事項（通知事項）に内容の変更が生じた場合は、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は、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。また、変更の内容によってご契約を解除することがあります。

総合生活保険（傷害補償）の場合

☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。総合生活保険（傷害補償）について、★が付された事項（告知事項）は「他の保険契約等」となり、☆が付された事項（告知事項かつ通知事項）は、「職業・職務」となります。

■個人情報の取り扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ① 本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ② 契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③ 東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④ 再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、国内外の再保険引受会社等に提供すること
- ⑤ 質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
- ⑥ 更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等（過去の情報を含みます。）をご契約者およびご加入者に対して提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ（www.tokiomarine-nichido.co.jp）をご参照ください。

◇◇本保険に関するお問い合わせ先◇◇

<取扱代理店> 有限会社 システムマネジメント
TEL : 03-5725-1234
FAX : 03-5725-1236

<引受保険会社> 東京海上日動火災保険㈱ 医療福祉法人部
TEL : 03-3515-4143

未成年後見人補償制度ご加入に際しての注意点・Q&A集

■ご加入に際しての注意点

①意向確認欄のご署名漏れはございませんか？記入例をご参照のうえご署名ください。

のご加入情報	一時払保険料	円	7,240円
	意向確認	手引きP.28「意向チェックシート」の質問を全てご確認いただきましたか？	はい
	ご署名	東海花 未成年後見人 海上太郎	東海花 未成年後見人 海上太郎

※●●(補後見人名) 未成年後見人 ○○(後見人名)

※1 手引きP.28「意向チェックシート」の質問を全てご確認いただきましたか？

※2 他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には○をし、表裏に詳細をご記入ください。

■Q&A

Q1. お申込みの締切日はいつ？

A1. 毎月10日がお申し込みの締切日です。

締切日までに加入依頼書を提出いただいた場合は、翌月1日午前0時から補償されます。

保険料は、補償開始日(保険始期日)の前月末日までに送金してください。

詳細は、「手引きP11(2)加入手続①都道府県における手続き」を参照ください。

Q2. 加入依頼書への捺印は必要？

A2. 法人がご加入者となる場合は必要です。

個人のお客様の場合は、ご署名があれば捺印は不要です。

Q3. 事故があった際のお手続き方法は？

A3. 代理店にご連絡ください。

有限会社 システムマネジメント

TEL: 03-5725-1234

Q4. 未成年被後見人が他社で傷害保険に加入している場合に加入できる？

A4. 他社の保険に加入している場合もご加入いただけますが、補償項目ごとに下記の上限金額を超える場合はご加入できません。

●後遺障害: 15歳未満…1,000万円、15歳以上…7,500万円

●入院: 15,000円

●通院: 10,000円

●個人賠償責任: 上限金額はございませんが、他社で「無制限」の保険に加入されている場合は補償が重複してしまいます。

お支払いの際は、他社と当社合算で法律上の賠償責任として認められた額を上限にお支払いします。

Q5. 未成年被後見人に対して未成年後見人が複数名いる場合の加入方法は？

A5. 未成年後見人1名に対して1枚ご記入ください。

それぞれの加入依頼書の未成年後見人情報記載欄、被後見人情報記載欄ともにご記入ください。

片方の加入依頼書の被後見人情報欄の「一次払保険料」欄は、「0円」とご記入のうえ、

「合計保険料」欄も未成年後見人分の保険料のみ記載ください。