



全国肉牛事業協同組合 業務災害補償制度

保険料算出基礎数字申告書 兼 業務災害総合保険契約の締結等に関する確認書

1. 保険料算出基礎数字報告

- 保険種類 超Tプロテクション(業務災害総合保険)
- 契約方式 年間包括契約
- 証券番号

上記の保険契約について、保険料算出のための基礎数字を以下のとおり申告します。これに基づいて貴社が保険料を算出することに同意します。

- お願い
- ① 保険料算出のための基礎数字は正しくご申告ください。もし申告数字が誤っていた場合には、後日、保険料の追加請求・返還が必要になったり、保険金が支払われない、または削減される場合があります。
 - ② 申告数字(売上金額)は「1億円」のように、「丸い数字」ではなく、最近の会計年度等における正確な実績数字をご確認いただいた上、ご記入いただきますようお願いいたします。

(1) ご加入者・被保険者

| | | | |
|------------------------------|--|------|---------------------------------------|
| ご加入者 (個人事業主の場合には、フルネーム自署) | | 被保険者 | ご加入者と同じ (加入者と異なる場合は以下に記入 個人の場合は自署) |
|------------------------------|--|------|---------------------------------------|

(2) 保険料算出基礎数字(直近の決算期間(1年間)における実績数字)

| | | | |
|------|---------------|-----|---|
| 決算期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 売上高 | 円 |
|------|---------------|-----|---|

2. 業務災害総合保険契約の締結等に関する確認

(3) ご確認事項

- ① 本保険契約は、補償対象者に対する災害補償を目的とするものであり、被保険者は、本保険契約にセットされる特約条項に基づき下記の補償保険金を受領した場合は、その全額を補償対象者またはその遺族に支払うものとします。被保険者は、補償対象者となる者全員に対して、保険契約者が災害補償を目的として本保険契約を締結すること、ならびに、被保険者が本保険契約にセットされる特約条項に基づき下記の補償保険金を受領した場合は、本保険契約の約款に従い、被保険者がその全額を補償対象者またはその遺族に支払うものとされていることを周知しており、また今後あらたに補償対象者となった者に対してすみやかに周知します。
なお、被保険者が労働災害事故により補償対象者またはその遺族に損害賠償債務を負う場合、本項の規定に基づき被保険者が補償対象者またはその遺族に支払う補償金は、損益相殺の対象となるものとし、被保険者は補償対象者またはその遺族に対する損害賠償債務を免れるものとします。
- ② 本保険契約が前年度と同一の内容で継続される場合は、この「確認書」は自動的に継続されるものとします。ただし、保険契約の継続時または保険期間中に下記の保険契約内容に変更が生じた場合には、あらたに「確認書」を取り交わし提出いたします。災害補償規程を定めていない場合は、この「確認書」は災害補償規程を兼ねています。
- ③ 本保険契約の補償対象者は、災害補償を目的として本保険契約が東京海上日動火災保険株式会社と締結されることについて同意しております。また、本保険契約の内容については、補償対象者となる者全員に周知されており、同意しなかった者は別途申し出るものとします。

(4) 補償対象者代表

| | | | | |
|---------------------|----------------------------|---|-------------------------------|----------------------------|
| 代表者 (従業員代表の方の自署) | 補償対象者代表 と他の補償対象 者の関係 | <input type="radio"/> 場長 | <input type="radio"/> 従業員リーダー | <input type="radio"/> 総務部長 |
| | | <input type="radio"/> 政府労災特別加入者の うち全員を統括するもの | <input type="radio"/> その他() | |

(注) 補償対象者代表は、補償対象者全員(従業員以外を補償に含める場合はその方々も含めた全員)の代表になり得る方としてください。

(5) 契約概要

| | | | |
|------|-----------------------------|--------------|----------------|
| 保険種類 | 業務災害総合保険 | 保険会社 | 東京海上日動火災保険株式会社 |
| 保険期間 | 年 月 日午前0時*~2020年3月20日午後4時まで | *更新の場合は午後4時~ | |
| 保険金額 | 補償項目 | 従業員 | 役員 |
| | 死亡・後遺障害補償 | 万円 | 万円 |
| | 入院補償(日額) | 円 | 円 |
| | 通院補償(日額) | 円 | 円 |

(代理店・保険会社使用欄)
 保険料算出基礎数字が公表されておらず、客観的資料の開示も守秘性の観点から困難であるため、申告書により保険料算出基礎数字を確認しました。

(6) 補償対象者の範囲 (該当に○印)

| | |
|-----------|--------------------------|
| 従業員 | <input type="checkbox"/> |
| 役員(個人事業主) | <input type="checkbox"/> |
| 政府労災特別加入者 | <input type="checkbox"/> |
| その他 | <input type="checkbox"/> |

當代コード 1332-1100
 代理店名 日本橋保険センター
 募集人氏名

ご記入例

東京海上日動火災保険株式会社 宛 年 月 日

全国肉牛事業協同組合 業務災害補償制度

保険料算出基礎数字申告書 兼 業務災害総合保険契約の締結等に関する確認書

1. 保険料算出基礎数字報告

●保険種類 超Tプロテクション(業務災害総合保険)
●契約方式 年間包括契約
●証券番号

上記の保険契約について、保険料算出のための基礎数字を以下のとおり申告します。これに基づいて貴社が保険料を算出することに同意します。

お願い ① 保険料算出基礎数字は正しくご申告ください。もし申告数字が誤っていた場合には、後日、保険料の追加請求・返還が必要となります。② 申告数字(売上高)は、ご申告の「決算期間」の「売上高」(円)の「角」を切り捨て、「丸い数字」ではなく、最近の会計年度等における正確な実績数字をご確認いただきますようお願いいたします。

(1) ご加入者・被保険者

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| ご加入者 (個人事業主の場合は、フルネーム自署) | 被保険者 (ご加入者と同じ) |
|-----------------------------|-------------------|

(2) 保険料算出基礎数字(直近の決算期間(1年間)における実績数字)

| | | | |
|------|---------------|-----|---|
| 決算期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 売上高 | 円 |
|------|---------------|-----|---|

2. 業務災害総合保険契約の締結等に関する確認事項

(3) ご確認事項

① 本保険契約は、補償対象者に対する災害補償を目的とするものであり、被保険者は、本保険契約にセットされる特約条項に基づき下記の補償保険金を受領した場合は、その全額を補償対象者またはその遺族に支払うものとします。被保険者は、補償対象者となる者全員に対して、保険契約者が災害補償を目的として本保険契約を締結すること、ならびに、被保険者が本保険契約にセットされる特約条項に基づき下記の補償保険金を受領した場合は、本保険契約の約款に従い、被保険者がその全額を補償対象者またはその遺族に支払うものとされていることを周知しており、また今後あらたに補償対象者となった者に対してすみやかに周知します。なお、被保険者が労働災害事故により補償対象者またはその遺族に損害賠償債務を負う場合、本項の規定に基づき被保険者が補償対象者またはその遺族に支払う補償金は、損益相殺の対象となるものとし、被保険者は補償対象者またはその遺族に対する損害賠償債務を免れるものとなります。

② 本保険契約が前年度と同一の内容で継続される場合は、この「確認書」は自動的に継続されるものとします。ただし、保険契約の継続時または保険期間中に下記の内容に変更が生じた場合には、あらたに「確認書」を取り交わし提出いたします。災害補償規程を定めていない場合は、この「確認書」は災害補償規程を兼ねています。

③ 本保険契約の締結は、災害補償を目的として本保険契約が東京海上日動火災保険株式会社 宛にて行われることについて同意しております。また、本保険契約の締結は、補償対象者となる者全員に周知されており、同意書は別途申し出るものとします。

(4) 補償対象者代表

| | | |
|------------------------|------------------------|---|
| 代表者 (従業員(事業主)の方の自署) | 補償対象者代表 と他の補償対象者の関係 | <input type="radio"/> 専業主婦 <input type="radio"/> 役員 <input type="radio"/> 従業員リーダー <input type="radio"/> 総務部長 <input type="radio"/> 政府労災特別加入者のうち全員を統括するもの <input type="radio"/> その他 |
|------------------------|------------------------|---|

(注) 補償対象者代表は、補償対象者全員(従業員以外を補償に含める場合はその方々も含めた全員)の代表者の方としてください。

(5) 契約概要

| | | | |
|------|-------------------------------|-------------|----------------|
| 保険種類 | 業務災害総合保険 | 保険会社 | 東京海上日動火災保険株式会社 |
| 保険期間 | 年 月 日(前0時)～2020年3月30日(午後5時)まで | 変更の場合は午後5時～ | |
| 保険金額 | 補償項目 | 従業員 | 役員 |
| | 死亡・後遺障害補償 | 方円 | 方円 |
| | 入院補償(日額) | 円 | 円 |
| | 加療補償(日額) | 円 | 円 |

(6) 補償対象者の範囲 (該当に○印)

| | |
|-----------|--------------------------|
| 従業員 | <input type="checkbox"/> |
| 役員(個人事業主) | <input type="checkbox"/> |
| 政府労災特別加入者 | <input type="checkbox"/> |
| その他 | <input type="checkbox"/> |

2018年9月作成 18-T04987

大変お手数をおかけいたします。
ご契約上、大変重要な事項となりますので、正確にご記入いただきますようお願いいたします。

記入上のご留意点

- 記入年月日を西暦でご記入ください。
- 法人の場合は法人名と代表者名を記載(ゴム印等も可)の上、代表者印をご捺印ください。
●個人事業主の場合は、フルネーム自署をお願いします。
- 直近の決算期間(1年間)をご記入ください。
- ③の期間における総売上高を、円単位でご記入ください。
(注) レストランや売店等を併設経営されている場合には、そのすべての事業の売上高の総額を記載いただきますようお願いいたします。
- 役員(個人事業主)およびその家族は代表になれません。
●補償の対象に含む従業員(役員・事業主の家族を除く)、派遣労働者、下請負人の中から代表者になる方を選定し、ご本人の自署をお願いします。
(注) 従業員には正社員のほか、パート・アルバイトなどの雇用契約を締結している方も含みます。
- ⑤で記入した代表者の職位や加入者との関係で該当するものに○を付けてください。
- (注) 従業員がおらず、個人事業主と政府労災特別加入者のみが補償対象となる場合には「政府労災特別加入者のうち全員を統括するもの」に○を付けてください。**