

ユニバーサルドライバー賠償責任保険加入依頼書

一般財団法人 全国福祉輸送サービス協会 御中

申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日	令和 年 月 日	〒 ー (電話番号)
申込人（ご加入者）	フリガナ	
	住所	
	フリガナ	
	会社名	(代表者印)
	担当部署・担当者名	印

保険期間 令和5年1月1日午後4時から令和6年1月1日午後4時まで(1年間)
下記のとおり加入を申し込みます。下記合計保険料を指定預金口座に振り込みます。

みずほ銀行 市ヶ谷支店 普通預金口座 1747208 一般財団法人 全国福祉輸送サービス協会

お客様へ:ユニバーサルドライバー有資格者の人数をご記入ください。

資格者数

人

×

450円

=

保険料

円

月別1人当たり保険料

加入申込み月	保険開始日	加入者1人あたり保険料(円)
1月	2月1日	410
2月	3月1日	380
3月	4月1日	340
4月	5月1日	300
5月	6月1日	260
6月	7月1日	230
7月	8月1日	190
8月	9月1日	150
9月	10月1日	110
10月	11月1日	80
11月	12月1日	40

※1人あたり概算保険料は加入月によって異なります。

● 保険契約者および加入対象者

保険契約者 一般財団法人 全国福祉輸送サービス協会

当制度は、(一財)全国福祉輸送サービス協会が一括して保険会社と契約を締結した団体保険です。

加入対象者 一般社団法人 全国ハイヤー・タクシー連合会の会員

※ ご加入上の注意点

ご加入に当たっては、会員事業者単位でユニバーサルドライバー有資格者全員のご加入が必要です。会員事業者内で一部の資格者のみのご加入は出来ません。