

【公務員賠償責任保険】  
団体契約加入申込票

- この保険は、茨城県学校生活協同組合を保険契約者とし、組合員を加入者（被保険者）とする公務員賠償責任保険の団体契約です。
- この保険は「公務員賠償責任保険普通保険約款」「公務員賠償責任保険追加特約」「職務関連行為に起因して提起される民事訴訟補償特約」「損害賠償請求期間延長特約」および各々の「特約」で構成されています。
- ご加入にあたっては、「公務員賠償責任保険のご案内」をご参照ください。
- 保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取り、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。

前年同一補償内容で継続加入の方は自動継続扱い  
となりますので、加入申込票の提出は不要です。

申込区分⇒〇印

新規

変更

脱退

申込依頼日	年 月 日						
申込依頼者名	(フリガナ)						
	(漢字)						
保険期間	2026年4月1日午後4時 ～ 2027年4月1日午後4時 1年間						
被保険者	氏名	(フリガナ) 上記申込依頼者と同一					
		(漢字) 上記申込依頼者と同一					
	所属(職場名) カタカナで記入				職員番号		
	自宅住所	〒 -			自宅TEL		
加入プランの□にレ点 を入れてください。	プラン		□プラン1	□プラン2	□プラン3	□プラン4	
	民事訴訟+住民訴訟						
	支払限度額 (1請求・保険期間中)	民事訴訟	損害賠償金 (免責金額なし) 争訟費用 (免責金額なし)	1億円 1,000万円	1億円 1,000万円	3,000万円 300万円	3億円 3,000万円
		住民訴訟	損害賠償金 (免責金額なし) 争訟費用 (免責金額なし)	1億円 1,000万円	100万円 10万円	100万円 10万円	3億円 3,000万円
	保険料(1年間)		7,010円	5,250円	3,640円	8,800円	
※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等がある場合は、保険会社等の名称・保険種類・保険金額・支払限度額・満期日をお知らせください。 (保険会社等の名称) (保険種類) (保険金額・支払限度額) (満期日)						

※印の項目については、ご加入時に事実を正確にお申し出いただく義務(告知義務)があります。故意や重大な過失により、お申し出いただかなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なっている場合には、ご契約が解除されたり、保険金をお支払いできないことがあります。ご加入に際して、今一度お確かめください。

【保険料払込方法】 保険料は、2026年6月給与控除になります。