

申込締切日 2026 年 9 月 4 日 (金)

【公務員賠償責任保険】 団体契約加入申込票

私は、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。

- この保険は、長野県庁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。

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。		加入区分⇒○印	新規 変更 脱退	
加入依頼日	2 0 年 月 日			
加入者 (被保険者)	氏名	(フリガナ)		
		(漢字)		
	所属		職員番号	
	住所		TEL	
保険期間	2026 年 9 月 21 日午後 4 時 から 2027 年 9 月 21 日午後 4 時 までの 1 年間			

加入プランを○で 囲んでください。	加入プラン		プラン①	プラン②	プラン③	プラン④
	支払限度額 (1 請求・保険期間中)	損害賠償金 (免責金額なし)	3,000 万円	5,000 万円	1 億円	3 億円
		争訟費用 (免責金額なし)	300 万円	500 万円	1,000 万円	3,000 万円
		訴訟対応費用	500 万円			
		初期対応費用	500 万円			
	免責金額		0 円			
	保険料 (1 年間)		5,230 円	6,240 円	7,840 円	9,830 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 11 月 27 日にご登録の口座からお振替させていただきます。