

## JHSU実習実施者支援保険 加入依頼書

加入依頼日	令和		
	年	月	日

企業名	カナ		申込印 ご加入時の確認事項 確認印兼用
	漢字		

※重要事項のご説明を確認し、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情報の取扱いに同意の上、加入を申し込みます。

住 所	〒	<input type="text"/>	電 話 番 号	企業番号	
	-	<input type="text"/>	-		
	カナ				
	漢字				

加入内容	保険期間	令和2年 4月 10日 午後4時 ~ 令和3年 4月 10日 午後4時		
	支払限度額	1事故につき30万円	免責金額	なし

プラン別保険料（1人当たり/年間）	保険料算出基礎数字
18,600円	人
	暫定保険料（1人あたり保険料×保険料算出基礎数字（人））
	円

## 注意事項

- ・ 保険期間終了後に、保険期間中の技能実習生の平均人数に基づき確定保険料を計算し、暫定保険料との差額を精算します。