



FAX: 03-5645-5557

2018年版  
(TEL: 03-5645-5556)

「日本テント工連 業務災害安心補償制度」見積依頼書

取扱代理店 有限会社ORIGIN 行

貴社名		
担当者名/部署名		
ご連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	e-Mail	

保険料は業種により異なります。下記プランはすべて天災補償付帯です。

入院・手術補償プラン	補償内容		Aプラン	Bプラン
	入院補償保険金日額(支払限度日数180日)		10,000円	5,000円
	手術補償保険金基礎額		10,000円	5,000円
	死亡・後遺障害保険金		(最高)2,000万円	(最高)1,000万円
	精神疾患休業補償保険金日額(免責なし/支払限度日数180日)		5,000円	5,000円
	治療諸費用補償保険金		(一事故限度額)100万円	(一事故限度額)50万円
	【1名当たりの保険料目安(1か月分)】規模割引10%適用			
	給付区分		Aプラン	Bプラン
役員(24時間補償)	—	2,870円	1,470円	
従業員(就業中のみ補償)	業種①(製造業)	1,210円	630円	
	業種②(建設業)	2,200円	1,130円	

休業補償プラン	補償内容		Cプラン	Dプラン
	休業補償保険金日額(免責なし/支払限度日数180日)		7,000円	5,000円
	死亡・後遺障害保険金		(最高)2,000万円	(最高)1,000万円
	精神疾患休業補償保険金日額(免責なし/支払限度日数180日)		5,000円	5,000円
	治療諸費用補償保険金		(一事故限度額)100万円	(一事故限度額)50万円
	【1名当たりの保険料目安(1か月分)】規模割引10%適用			
	給付区分		Cプラン	Dプラン
	役員(24時間補償)	—	3,810円	2,260円
従業員(就業中のみ補償)	業種①(製造業)	2,340円	1,480円	
	業種②(建設業)	3,150円	1,880円	

貴社の業種にあてはまる箇所のご希望プランに丸印をつけてください。プランは給付区分ごとにお選びの上、区分ごとの人数をご記入ください。オプション補償をご希望の場合は、希望するものに丸印をしてください。また、建設業の場合は売上高もお知らせください。

ご希望プラン	給付区分		プラン *プランに丸印をつけてください。	人数	オプション補償
	業種① (製造業)	役員	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ	( )名	○ 事業主臨時費用
		従業員	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ	( )名	○ 使用者賠償
		その他( )	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ	( )名	○ 雇用慣行賠償
	業種② (建設業)	役員	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ	( )名	売上高
		従業員	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ	( )名	( )千円
		下請負人	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ	( )名	

\* 製造業の保険料は、労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書における業種区分「繊維工業又は繊維製品製造業」として算出しています。  
 \* 建設業の保険料は、労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書における業種区分「建築事業」として算出しています。  
 \* 上記以外の業種の場合、ご相談ください。  
 \* このFAXの受取人は、お客様の個人情報をお客様のご要望にお応えする目的以外には利用いたしません。