

令和8年度 福島県PTA安全互助会
学校・PTA活動支援補償制度加入申込書（学校・PTA）
（国内旅行傷害保険包括契約加入依頼書）

福島県PTA連合会会長 様

下記のとおり学校・PTA活動支援補償制度（学校・PTAの活動支援者を一括して被保険者とし、福島県PTA連合会を保険契約者とする国内旅行傷害保険）の加入を学校から申し込みます。

PTAから申し込みます。

（どちらかを二で消してください。）

申 込 年 月 日	令和 年 月 日		
学 校 ・ P T A 名			
代 表 者 名	公印		
学 校 住 所			
学 校 電 話 番 号		学 校 担 当 者 名	
学 校 F A X 番 号			

暫定会費（納入額） _____ 円

学校申込

250円 <small>（補償保険料234円＋運営費16円）</small>	×	人	＝	円
<small>（1支援活動・1名あたりの運営費）</small>		<small>（年間活動支援者数の見込）</small>		<small>（暫定会費）</small>

PTA申込

250円 <small>（補償保険料234円＋運営費16円）</small>	×	人	＝	円
<small>（1支援活動・1名あたりの運営費）</small>		<small>（年間活動支援者数の見込）</small>		<small>（暫定会費）</small>

※会費の内、補償保険料は保険会社に支払う金額で、差額は運営費となります。運営費は、本制度が健全に運営し、発展するために必要な諸経費（会議費、普及活動費、通信費等）です。

※加入申込書を本会事務局へ令和8年3月6日（金）までに郵送してください。

★他の保険契約等の有無

※PTAとして加入している保険がある場合

有・無（有の場合は右に記入してください。）	保険会社名	保険種類	死亡・後遺障害(千円)	入院日額(円)	通院日額(円)

〈提出先〉

福島県PTA連合会 〒960-8153 福島市黒岩字田部屋53-5 福島県青少年会館内
TEL 024-545-5982 FAX 024-545-5990