

(「加入を希望されない会員企業様」も含め)

全員ご回答 (FAX) 下さいますようお願い致します。

【記入日】 令和 年 月 日

株式会社アズコムビジネスサポート宛 (FAX: 048-967-5732)

## 「見舞金制度」回答シート

(注) 正式な申込みは別途手続が必要です! (本回答シートは正式な申込ではありません)

|      |   |   |       |        |
|------|---|---|-------|--------|
| 企業名  |   |   |       |        |
| 住所   |   |   |       |        |
| 担当者様 | (氏名)<br>(ご役職)   | (電話番号)  |       |        |
|      | 役員  | 従業員   | 庸車運転者 | 派遣労働者等 |
| 人数   | 名   | <input type="checkbox"/> パート・アルバイトを含む<br><input type="checkbox"/> パート・アルバイトを含まない<br>名 | 名     | 名      |
| 特約   | <input type="checkbox"/> 『使用者賠償責任補償特約』を希望<br>業務中に発生した補償対象者の身体の障害により事業者が負担する法律上の賠償責任を補償<br><input type="checkbox"/> 『雇用慣行賠償責任補償特約』を希望<br>補償対象者が被った差別的行為、ハラスメント等の不当行為に起因して事業者が負担する法律上の賠償責任を補償<br><input type="checkbox"/> 特定感染症『後遺障害補償保険金、入院補償保険金および通院補償保険金補償特約』を希望<br>補償対象者が特定感染症に罹患、保険期間中に発症し、その直接の結果として発病の日からその日を含めて180日以内に生じた後遺障害補償保険金、入院補償保険金および通院補償保険金を補償 |   |       |        |

■ 「見舞金制度」に関し、以下のとおり回答します。

|                       |       |                                       |
|-----------------------|-------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> | 加入希望  | ⇒ 後日、正式なお申込書類 (加入申込書等) を送付させていただきます。  |
| <input type="radio"/> | 加入を検討 | ⇒ 後日、ご担当者様宛に連絡し見舞金制度の詳細をご説明させていただきます。 |
| <input type="radio"/> | 加入しない |                                       |

ご連絡の行き違い等による加入漏れを防止する観点から全員からのご回答をお願い致します。

**\*2022年10月28日(金)迄**に回答シート(本紙)をFAXにてご返送ください。

TEL: 048-967-5731

FAX: 048-967-5732

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| A | 受付印 | 連携印 |
| B |     |     |
| S |     |     |