

インターンシップ保険申込受付票 <傷害総合保険>

氏名	カナ 漢字		
生年月日・性別	西暦	年	月 日 男性・女性
住所	〒		
携帯電話番号	()		
連絡先メールアドレス	@ rikkyo.ac.jp		
インターンシップ期間	年	月	日 から 年 月 日まで
	年	月	日 から 年 月 日まで
	年	月	日 から 年 月 日まで
インターンシップ手配	学校手配 ・ 個人手配		
入学時にご案内の 学生総合保障制度の加入	加入あり ・ 加入なし ・ 不明		
インターンシップの報酬	報酬あり ・ 報酬なし		
インターンシップ先の企業が 指定している補償内容	傷害補償 ・ 賠償責任 ・ 学研災同等 ・ 指定なし		
	死亡・後遺障害	万円	
	入院日額	円	/ 通院日額 円
保険加入の証明	必要 ・ 不要	提出期限	
ご自身を対象とする他の 保険契約に加入していま すか。 ※インターンシップ 中も補償対象かどうか ご確認ください。	保険種類		
	保険会社		
	死亡・後遺障害	万円	
	入院日額	円	
	通院日額	円	
	個人賠償責任	万円	
	満期日	年	月 日
外国籍の方はお手続きについて別途ご案内がございますので、こちらにチェックをお願いします。		<input type="checkbox"/>	
備考欄	<input type="checkbox"/> 立教大学学生総合保障制度にご加入いただいている方は、インターンシップ中も補償対象となりますので、新たなご加入は不要です。 <input type="checkbox"/> 個人賠償責任補償特約は、被保険者の職務遂行に直接起因する損害賠償責任を負担することによって被る損害に対しては、保険金を支払いませんが、報酬を伴わないインターンシップであれば、基本的には職務遂行の扱いにならないため、補償対象となります。		
来店予定日時	月 日 () 時 分 ※立教ほけんプラザHPよりご来店予約をお願いします。 ご来店前にこの申込書をメールでお送りください。		

立教ほけんプラザホームページ <https://www.st-paulsplaza.com/service/insurance/>

立教ほけんプラザメールアドレス hokenplaza@rikkyo.ac.jp

※ご記入いただいた個人情報は取扱代理店である立教オフィスマネジメントが当保険契約業務にのみ使用いたします。