

工事総合補償制度加入申込票

施設所有(管理)者賠償責任保険、請負業者賠償責任保険、生産物賠償責任保険、昇降機賠償責任保険、建設工事保険、近隣被災者対応費用保険

重要事項のご説明およびご加入内容事項について確認し、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個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

加入申込人 〒 - カナ 住所 事業所名 代表者名 事業所フリガナ 代表者フリガナ TEL () () () FAX () () () e-mail		賠償責任補償 年 月 日 ② 午後4時 から 年 9 月 1 日 ② 午後4時 まで 年 月 間 Y M 建設工事補償 年 月 日 ② 午後4時 から 年 9 月 1 日 ② 午後4時 まで 年 月 間 Y M		保険期間		新継区分 ① 新規 ② 継続 ③ 中途更改	
加入者証番号							
印 保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ、契約を申し込みます。							

1 賠償責任補償

ご加入プラン	てん補限度額 ^(注1)		仕事の目的物の損壊 ^(注2)		原因調査費用 ^(注2)		自然災害 補償拡張 プラン	分割払初回掛金		
	対人・対物 1事故につき	自己 負担額	(生産物自体の補償に関する特約) 生産物自体の補償支払限度額 修正特約	自己 負担額	(初期対応費用) 補償特約	免責 金額				
Aプラン	50,000千円	30千円	1,000千円	1千円	300千円	1千円	——	百万	千	円
Bプラン	100,000	30	1,000	1	300	1	——			
Cプラン	300,000	30	1,000	1	300	1	——			
AHプラン	50,000	30	1,000	1	300	1	セットあり			
BHプラン	100,000	30	1,000	1	300	1	セットあり			
CHプラン	300,000	30	1,000	1	300	1	セットあり			

(注)掛金には保険料の2%に当たる制度運営費が含まれています。

「AH」「BH」「CH」プランを選択された場合
該当する業種に○をしてください。(複数ある場合は主な工事の種類に○をしてください)

工事の 種類	☐ 道路工事、軌道工事、鉄道新設工事、橋梁建設工事 ☐ 建築工事（ビル・住宅工事、高層建築物建設工事、看板設置、建築物内装・外装工事） ☐ 建築物設備工事、プラント機械・装置の組立、据付工事、機械・装置のメンテナンス ☐ 管工事、地下鉄等地下工事、その他地下工事 ☐ 土地造成工事、護岸・岸線工事、造園業者 ☐ 移動・解体・取壊工事
-----------	---

(注1).基本契約の支払限度額は1事故の支払限度額です。

ただし、生産物賠償補償については、事故・保険期間中総支払限度額となります。

(注2).仕事の目的物の損壊および原因調査費用の補償については1事故および保険期間中総支払限度額となります。免責金額は1事故についての負担額です。

(注3) 複数の施設を所有・使用または管理している場合も補償の対象施設となります。

2 建設工事補償

保険料算出基礎数値 完成工事高内訳 A級_____万円・% C級_____万円・% B級_____万円・% 平均工期_____か月 経営規模等評価結果通知書 総合評定_____点 値通知書(注)の建築一式の総合評定値(注)記入例をご参照ください。	ご加入プラン (該当の型に○印)	メンテナンス 期間に関する特約	一部使用による 総合危険補償	特別費用 補償	分割払初回掛金		
	Sプラン	オプションP	_____	_____	百万	千	円
	Wプラン	オプションP	セットあり	セットあり			

(注)ご加入にあたっては「経営規模等評価結果通知書・総合評定値通知書」の写しを加入申込票に添付してください。

(注)掛金には保険料の2%に当たる制度運営費が含まれています。

	※年間完成工事高	確認書類名	決算年月	確認印
工事総合補償制度 保険料算出の基礎数値確認欄	(注1) 年 月決算 決算期間 (年 月 ~ 年 月) ★ 万円 (最近の決算書の数値を記入) (注2)	1.損益計算書 2.税務申告書	完成工事高は、 年 月 決算の完成工事高に間違いありません。	 完成工事高確認印 (保険料確定特約ご確認欄) 保険料確定特約の内容および注意事項を承認のうえ、保険料確定精算を省略することに同意します。

(注)年間完成工事高の金額は損益計算書・税務申告書の書類で確認してください。

過小な金額でのご契約の場合、保険金が減額されたり支払われない場合があります。

注1) 税込金額をご通知ください。 注2) 前年度と数値が同一の場合、損益計算書等の書類をご提出いただく場合があります。

★印の項目は、大切な項目です。訂正する場合は申込人（保険契約者）または被保険者の訂正印（訂正署名）をお願いします。

よたは仮保険員の訂正中(訂正番号)をお願ひします。

総合割引	－5%	建築士賠償責任補償制度	加入者証番号	※ 他 の 有 限 公 司 保険契約等	①	会社名		保険種類	
						支払限度額・保険金額		満期日	

 の部分のみご記入・押印ください。	建築士会名 (支 部)	建築士会
	会 員 名	

仕事の内容	ビルケンセツ・モクソウケンチク	保険適用地域	日本国内	取扱代理店 (株)エイアイシー BR4C 引受保険会社 あいおいニッセイ同和 損害保険(株)	受 付	
	ビルケンセツ・モクソウケンチク					

工事総合補償制度（NEWこうばい）のパンフレット内容を確認のうえ、この加入申込票に必要事項を記入例にならって正しくご記入、押印ください。

(お申込印はパンフレット記載の個人情報の取扱いについての同意印も兼ねております。)

（お申込書に「プロフィール」記載の個人情報の取扱いについての同意欄にチェックをされていること）
項目名※の付された欄は告知事項に該当します。これらの欄に事実と異なる記載をしたりまたは事実を記載しなかった場合には、ご契約の解除をさせていただきます場合や、保険金をお支払いできないことがあります。
この保険は公益社団法人日本建築士会連合会が被保険者となる。各建築士会の会費を加入者としての施設所有（管理）者賠償責任保険、請負業者賠償責任保険、生産物賠償責任保険、昇降機賠償責任保険、建設工務保険、近隣被害（対人）費用保険の別は要約です。

(ご注意) 1.※印の項目は保険に関する重要な事項であり、ご回答の内容が事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。2.★印の項目は、大切な項目です。訂正する場合は申込人(保険契約者)または被保険者の事実印正印(または訂正署名)をお願いします。

(2026年6月承認) A26-100900