

所属所長 様

一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長

『あんしん公務（公務員賠償責任保険）』の中途募集について（通知）

日頃、当互助会の事業につきまして格別の御理解、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
地方公務員の身分を有する互助会員を対象とした『あんしん公務（公務員賠償責任保険）』
の中途募集を行います。

つきましては、下記のとおり貴所属の会員へ御案内くださるようお願いいたします。

記

1 本保険の概要

公務員賠償責任保険とは、公務員としての職務の遂行に起因する住民訴訟や民事訴訟等
に対して、法律上の損害賠償金や争訟費用などの個人の経済的負担を補償する、任意加入
の団体保険です。詳細は別添「あんしん公務（公務員賠償責任保険）のご案内」及び互助
会ホームページ（<https://gojo-saitama.jp/>）で御確認ください。

2 募集期間

令和7年4月1日(火)から令和7年4月25日(金)必着まで

3 保険期間

令和7年5月1日午後4時から令和7年10月1日午後4時まで

※以後、保険期間1年(毎年10月1日から1年間)で自動更新となります。

4 申込方法

加入希望の方は、互助会ホームページ（<https://gojo-saitama.jp/>）で保険内容を確認
いただき、募集期間の最終日までに「公務員賠償責任保険加入申込票兼被保険者明細書」
を印刷し、必要事項を記入の上、互助会あて提出をお願いします。

5 保険料の払込方法

令和7年7月分給与から控除します。控除結果は支給明細書にて御確認ください。

※市町村費支弁職員及び派遣職員で派遣先から給与が支給されている場合は、振込依頼書
での手続きとなります。加入申込票受理後、互助会から振込依頼書を送付します。

なお、派遣職員が加入される場合は福利課互助福祉担当まで御連絡ください。

問い合わせ・提出先

〒330-0063

さいたま市浦和区高砂 3-14-21

（一財）埼玉県教職員互助会

福利課 互助福祉担当

TEL 048-830-6706

／令和6年度より団体割引が5%→10%へ拡大／

公務員賠償責任保険 あんしん公務

(公務員賠償責任保険「職務関連行為に起因して提起される民事訴訟補償特約」セット)

安心して日々の教育へ取り組むために…



募集締切日 令和7年4月25日(金) 必着

保険期間 令和7年5月1日午後4時～令和7年10月1日午後4時

この保険は一般財団法人埼玉県教職員互助会を保険契約者とし、埼玉県を記名法人、埼玉県において任用または選任された公務員を加入者(被保険者)とする公務員賠償責任保険の団体契約です。

ご加入プラン(支払限度額と年間保険料)

ご自身の職務内容に応じて下記のプランからご選択ください。記載の保険料は、被保険者(補償の対象となる方)が500名以上1,000名未満(団体割引10%適用)にて試算しております。このため、契約開始の際、被保険者数が500名未満または1,000名以上となった場合は、保険料が変更となります。

セット名		プランS	プラン1	プラン2	プラン3
(1請求・保険期間中) 支払限度額	法律上の損害賠償金・返還金	3億円	1億円	5,000万円	3,000万円
	争訟費用	3,000万円	1,000万円	500万円	300万円
	訴訟対応費用	500万円			
	初期対応費用※	500万円			
	免責金額	0円			
保険料(5ヵ月間)		3,880円	3,090円	2,470円	2,060円

動画ですぐわかる！
「あんしん公務」



あんしん公務は教職員の公務における損害賠償請求に備える保険です。

※被保険者が慣習として支払った見舞金(香典を含みます。)または見舞品の購入費用については、被害者1名あたり3万円が限度です。

お申し込みについて

「加入申込票」を印刷の上必要事項を記入し、所属担当者へご提出ください。
※保険内容の詳細については、所属に配布しているパンフレットや互助会HPで必ずご確認ください。

<https://gojo-saitama.jp/business/business-586>



お問い合わせ先
募集团体：一般財団法人埼玉県教職員互助会
住所：〒330-9301
さいたま市浦和区高砂3-15-1
TEL：048-830-6706

取扱代理店：ライフサポート株式会社
住所：〒330-0852 さいたま市大宮区大成町1-401-1
TEL：048-653-0111
引受保険会社：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
埼玉支店 さいたま第一支社
住所：〒338-8557 さいたま市中央区上落合1-12-16
TEL：050-3462-8326

公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。
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。

下記のいずれかに○を
してください。

- ①新規加入
- ②変更
- ③継続加入
- ④継続しない

申 込 人 （ 加 入 者 ）	加入申込日 010 令和R 年 月 日		011 電話番号 — —		
	012 郵便番号 〒 —		317 カナ		
			399 漢字		
	307 カナ				
	氏名 「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。		フルネームでご署名ください。 漢字 341		
		980 生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H (令和)R 年 月 日			
018 所属名 カナ		019 所属コード		017 職員番号	

私（申込人）は、自分が所属する企業または団体に対して、当該企業または団体が引受保険会社（共同保険契約の場合は共同保険会社を含みます。以下同様とします。）と締結する団体保険契約への加入を、以下のとおり依頼します。以下加入申込票に記載のない加入条件（適用約款・特約・保険期間・保険金額など）は、当該企業または団体により定められているものであることを確認します。私および被保険者は、団体保険契約に関する情報を引受保険会社に提供することに同意します。また、私および被保険者は引受保険会社に提供された情報が、適切な保険の引受（万一保険事故が発生した場合の円滑かつ適切な保険金の支払い、保険契約に付帯されるサービスの提供のほか、保険制度の健全な運営（再保険契約に伴う諸手続きを含みます。）、改訂のご案内、商品提案、グループ会社（海外にあるものを含みます。）および提携先への商品・サービスの提案・提供等に利用されることに同意します。
引受保険会社は、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社となります。
なお 詳細は弊社ホームページ<https://www.aioinissaydowa.co.jp/>をご参照ください。)

あいおいニッセイ同和損保

000	AAA	020	994
R151	03	42	SL
354 ⑤			

代表証券番号	SA12871514
--------	------------

DNY センター送付

＜ご記入にあたって＞

1. 被保険者住所が申込人（加入者）の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に○印をしてください。

098	加入者番号							

L05	加入者識別コード

符号	被 保 険 者 欄		300 セット名 (3桁以内の英数字)	397 住民訴訟もしくは損害賠償が提起されるおそれ、また原因となる事由があることをご存じの場合は、その内容についてご記入ください。	その他の項目(被保険者項目のみ記入可)	
390	住所	申込人住所と異なる場合は必ずご記入ください。 H41 カナ			項目No.	内 容
		L68 漢字				
	氏名	J04 カナ				
		L67 漢字				
01	323 ※生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H 年 月 日	302 性別	男 1	女 2		
※他の保険契約等 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等(共済契約を含みます)がありますか。[あり] の場合、必ず下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。) (注)他の保険会社における契約を含みます。						
		Y34	あり 1			
会社名		保険種類	保険金額・支払限度額		満期日	
			千円		令和 年 月 日	

331	加 入 者 特 記 事 項 カナ

備 考

R50	合計保険料（分割払の場合は1回分）
円	