

# 一般社団法人保険乗合代理店協会 会員募集について

## ■会員について

| 会員区分     | 基 準  |
|----------|--|
| 正 会 員    | 代理店手数料規模 1 億円以上若しくは従業員数 20 名以上でかつ法人格を有する生損保険代理店。<br>但し、役員会の承認を得た者は、この限りではない。 |
| 準 会 員    | 規模拡大を目指しかつ法人格を有する生損保険代理店。  |
| パートナー会員  | 当法人の目的に賛同する募集関連業務を行う法人。  |
| 特 別 会 員  | 本会の主旨に賛同した保険会社等の法人・個人。   |
| アドバイザー会員 | 本会の目的に賛同し協議会が認める各分野に精通した法人・個人の専門家。   |

## ■入会金および年会費について

正 会 員・・・入会金 10 万円、年会費 20 万円

準 会 員・・・年会費 6 万円

パートナー会員・・・年会費 6 万円

アドバイザー会員・・・年会費 1 万 2 千円

※年会費は、入会月によりこととなります。

## ■ご入会について

◇正会員・・・①入会申込書(理事 2 名の推薦)および②入会事前申請 (更新) 確認書をご提出をいただき、理事会での承認が必要となります。

◇準会員・・・①入会申込書および②入会事前申請 (更新) 確認書のご提出と理事長の承認が必要となります。

◇上記以外・・・①入会申込書のご提出と理事長の承認が必要となります。

## ■ご入会までの流れ

①入会申込書(正会員および準会員の場合は入会申込書及び入会申請 (更新) 事前確認書)に必要事項を記入して、当協議会宛に F A X にて送信願います。

※正会員での本会への入会に際しては、理事または監事の 2 名以上の推薦と理事会の承認が必要となります。

【送信先】 F A X 0 3 - 6 7 3 6 - 0 6 7 7

保険乗合代理店協会 事務局 長坂宛

②入会承認手続きを行います

③承認結果をご連絡します

※承認の場合には入会金・年会費の請求書を送付致します。

④入会金・年会費のお振込みをお願いします。

⑤入金確認後、グループウェアの I D ・パスワードなどをお送りいたします。

## 会員入会申請書

貴会の趣旨に賛同し入会いたします。(太枠内は必ず記入ください)

|       |                                  |                                   |                     |       |
|-------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------|-------|
| 申込日   | 年 月 日                            |                                   |                     |       |
| 会員区分  | <input type="checkbox"/> 正会員     | <input type="checkbox"/> 準会員      |                     |       |
|       | <input type="checkbox"/> パートナー会員 | <input type="checkbox"/> アドバイザー会員 |                     |       |
|       | <input type="checkbox"/> 特別会員    |                                   |                     |       |
| 申 込 者 | フリガナ                             |                                   |                     |       |
|       | 団体・会社名                           |                                   |                     |       |
|       | フリガナ                             |                                   | 代表者役職名              |       |
|       | 代 表 者 名<br>※登記上の代表者              | 印                                 |                     |       |
|       | 住 所                              | 〒                                 |                     |       |
|       | 電 話                              |                                   | F A X               |       |
|       | E - m a i l                      |                                   |                     |       |
|       | 設立年月日                            | (西暦) 年 月 日                        | 資 本 金               | 百万円   |
|       | 役 員 数                            | 人                                 | 従 業 員 数<br>(委託募集人含) | 人     |
|       | 正会員・パートナー会員のみ記入                  | 生保手数料                             | 年 月現在<br>万円         | 損保手数料 |
| 事業所数  |                                  | 事業所                               | 来 店 型<br>店 舗 数      | 店     |

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| 推 薦 理 事 名<br>(正会員申込者のみ) |  |  |
|-------------------------|--|--|

- 【ご注意】
1. 正会員の入会には、理事2名以上の推薦と「入会申請（更新）事前確認書」の事前提出が必要となります。
  2. 正会員の入会承認は理事会が、その他会員の入会は理事長が行います。  
入会をお断りする場合もございますのであらかじめご了承ください。
  3. 正会員の方は、一般社団法人法上の社員となります。社員として  
権利を行使するものとして1名社員代表者を定め次面の連絡登録用紙の担当代表者に  
必要事項を記入し、事務局に届けてください。

※ご提出いただいた申込書に記載の個人情報は、事務局管理のもと入会審査・管理の目的のみに利用させていただきます。

## 連絡先登録用紙

|                                  |             |     |                  |  |              |  |
|----------------------------------|-------------|-----|------------------|--|--------------|--|
| 担 当<br>代 表 者<br>※ (注1)           | フリガナ        |     |                  |  | 担当者の部署・役職名   |  |
|                                  | 担 当 者 名     |     | (申込者に同じ)         |  |              |  |
|                                  | 住 所         |     | 申込者住所と異なる場合にのみ記入 |  |              |  |
|                                  | 電 話         | 会 社 |                  |  | F A X        |  |
|                                  |             | 携 帯 |                  |  | 携 帯<br>メ ー ル |  |
|                                  | E - m a i l |     |                  |  |              |  |
| 正会員の方は、この担当代表者が一般社団法人法上の社員となります。 |             |     |                  |  |              |  |

※ 担当者登録は、正会員は3名まで、特別会員は2名まで、それ以外は1名でお願いします。

|                          |             |     |  |  |              |  |
|--------------------------|-------------|-----|--|--|--------------|--|
| < 1 ><br>担 当 者<br>(窓口担当) | フリガナ        |     |  |  | 担当者の部署・役職名   |  |
|                          | 担 当 者 名     |     |  |  |              |  |
|                          | 電 話         | 会 社 |  |  | F A X        |  |
|                          |             | 携 帯 |  |  | 携 帯<br>メ ー ル |  |
|                          | E - m a i l |     |  |  |              |  |

|                          |             |     |  |  |              |  |
|--------------------------|-------------|-----|--|--|--------------|--|
| < 2 ><br>担 当 者<br>(窓口担当) | フリガナ        |     |  |  | 担当者の部署・役職名   |  |
|                          | 担 当 者 名     |     |  |  |              |  |
|                          | 電 話         | 会 社 |  |  | F A X        |  |
|                          |             | 携 帯 |  |  | 携 帯<br>メ ー ル |  |
|                          | E - m a i l |     |  |  |              |  |

|                          |             |     |  |  |              |  |
|--------------------------|-------------|-----|--|--|--------------|--|
| < 3 ><br>担 当 者<br>(窓口担当) | フリガナ        |     |  |  | 担当者の部署・役職名   |  |
|                          | 担 当 者 名     |     |  |  |              |  |
|                          | 電 話         | 会 社 |  |  | F A X        |  |
|                          |             | 携 帯 |  |  | 携 帯<br>メ ー ル |  |
|                          | E - m a i l |     |  |  |              |  |

※ご提出いただいた申込書に記載の個人情報は、事務局管理のもと入会審査・管理の目的のみに利用させていただきます。

## 入会申請（更新）事前確認書

本書は、一般社団法人 保険乗合代理店協会に入会を希望される乗合保険代理店の方に、当会が定める重要事項を確認させていただくものです。そのため、ご回答いただきました内容によっては、入会（更新）を控えさせていただく場合がございますので、予めご了承くださいませようお願いします。

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>1. 入会申請（更新）事前確認事項</b>  |   |  |   |
| ①   | 入会申請（更新）候補代理店の役員もしくは実質的に経営に関与する方、使用人が暴力団、暴力団員(暴力団員ではなくなった日から5年を経過しない者を含む)、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他の反社会的勢力に該当していませんか   | <input type="checkbox"/> 該当しない   | <input type="checkbox"/> 該当する                                     |
| ②   | 保険業法第279条に定める登録拒否の事由に該当していませんか  | <input type="checkbox"/> 該当しない   | <input type="checkbox"/> 該当する                                     |
| <b>2. 【生命保険】【損害保険】【少額短期保険】業務の経験有無 ※損保・少短についても必ずご記入ください</b>  |   |  |   |
| <b>【生命保険】</b> ※現在、乗合保険代理店を継続中の場合は“はい”を選択し、開始年月のみご記入ください。  |   |  |   |
| ①   | 生命保険業務の経験はありますか<br>(法人代理店の募集無代表者(免除法代)を含む)  | <input type="checkbox"/> はい  | S<br>H 年 月 ~ S<br>H 年 月 <input type="checkbox"/> いいえ              |
| ①で“はい”の場合、次の②～⑦についてもご回答ください。※複数回経験がある場合は直近の内容をご記入ください。  |   |  |   |
| ②   | 立場を選択してください   | <input type="checkbox"/> 個人代理店店主   | <input type="checkbox"/> 法人代理店代表者(筆頭者以外の代表者を含む)                   |
| ③   | 代理店名  |  |   |
| ④   | 代申生命保険会社名をご記入ください   |  |   |
| ⑤   | 手数料(年間)をご記入ください   | 円 ※おおよその金額で可   |   |
| <b>【損害保険】</b> ※現在、乗合保険代理店を継続中の場合は“はい”を選択し、開始年月のみご記入ください。  |   |  |   |
| ①   | 損害保険業務の経験はありますか<br>(法人代理店の募集無代表者(免除法代)を含む)  | <input type="checkbox"/> はい  | S<br>H 年 月 ~ S<br>H 年 月 <input type="checkbox"/> いいえ              |
| ②   | 代申生命保険会社名をご記入ください   |  |   |
| ③   | 収入保険料(年間)をご記入ください   | 円 ※おおよその金額で可   |   |
| <b>【少額短期保険】</b> ※現在、乗合保険代理店を継続中の場合は“はい”を選択し、開始年月のみご記入ください。  |   |  |   |
| ①   | 少額短期保険業務の経験はありますか<br>(法人代理店の募集無代表者(免除法代)を含む)  | <input type="checkbox"/> はい  | S<br>H 年 月 ~ S<br>H 年 月 <input type="checkbox"/> いいえ              |
|   |   | 保険会社名(代申のみで可) :  |   |
| <b>3. 【生命保険】【損害保険】【少額短期保険】の業務における法令等違反行為(不適當な募集行為等)の有無 ※複数回ある場合は、過去全ての経験についてご記入ください (入会申請または更新申請時より過去1年間、ただし発生日基準)</b>  |   |  |   |
| ①   | 法令等違反行為を行った、または保険会社から法令等違反行為であると指摘されたことはありますか   | <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> ある ※次項②～④についてご記入ください。                    |
| ※複数回法令等違反行為を行った(指摘された)ことがある場合は、該当する全ての行為についてご記入ください。  |   |  |   |
| ②   | 保険会社の区分を選択してください  | <input type="checkbox"/> 損害保険会社  | <input type="checkbox"/> 生命保険会社 <input type="checkbox"/> 少額短期保険業者 |
| ③   | 当該行為の分類を選択してください  | <input type="checkbox"/> 無登録・無届募集  | <input type="checkbox"/> 代印・代筆 <input type="checkbox"/> 保険料の立替    |
|   |   | <input type="checkbox"/> 保険料の流用・費消   | <input type="checkbox"/> 無断契約 <input type="checkbox"/> 保険金詐取(含未遂) |
|   |   | <input type="checkbox"/> その他:具体的に記入⇒ ( )   |   |
| <b>4. 保険募集以外の業務</b>   |   |  |   |
| ①   | 現在保険募集以外の業務を行っている場合は、その内容をご記入ください   |  |   |
|   |   | 業務の形態について右記にチェックください⇒ <input type="checkbox"/> 法人経営 <input type="checkbox"/> 個人事業主                     |   |
| <b>5. 委託型募集人の適正済について</b>  |   |  |   |
| ①   | 配下募集人の就業形態を記載ください   | 在籍人数( )人 うち、社会保険を負担している人数( )人、<br>以下内訳 正規社員( )人・臨時雇用、契約社員( )人、派遣( )人、出向( )人                            |   |
| 適正化における社会保険の取り扱いは以下の通りですか<br>相違の有無をご記入ください<br>今後支払う社会保険料の計算基礎となる「標準報酬月額」の算定に当たり、労働の対償として支払うすべてのものを「報酬の総額」といい、その全額を算定に含める(臨時に受けるもの及び三月を超える期間ごとに受けるものはこの限りではない) |   | <input type="checkbox"/> 左記の通り <input type="checkbox"/> 別の方法で適正<br>別の方法で適正化と記入された方はその方法を下記に詳細にご記入ください。 |   |
| ②   | 雇用保険: 事業所規模にかかわらず、①1週間の所定労働時間が20時間以上で②31日以上雇用見込がある人<br>労災保険: 保険料は全額事業主が負担します パートやアルバイトも含むすべての労働者が対象です<br>健康保険: 一定の業種(※)であり常時5人以上を雇用する個人事業所では強制適用となっており、適用事業所で働く労働者は加入者となります(パート、アルバイトでも、1日または1週間の労働時間および1ヶ月の所定労働日数が、通常の労働者の分の4分の3以上あれば加入させる必要があります) ※一定の業種...金融保険業など<br>厚生年金保険: 健康保険と同様一定の業種(※)であり常時5人以上を雇用する個人事業所では強制適用となっており、適用事業所で働く労働者は加入者となります(パート、アルバイトでも、1日または1週間の労働時間および1か月の所定労働日数が、通常の労働者の4分の3以上あれば加入させる必要があります)<br>介護保険: 健康保険の被保険者に該当する40歳以上65歳未満の方は、介護保険第2号被保険者となるため、健康保険料と合わせて、介護保険料の被保険者負担分を賃金から控除されます |  |   |
| <b>6. 適切な外部委託先の管理について</b>   |   |  |   |
| ①   | 外部委託先については、個人情報保護法、監督指針に基づいて適切に管理していますか   | <input type="checkbox"/> 管理できていない  | できていない場合の具体的事案と理由 ( ) <input type="checkbox"/> 該当なし               |
| <b>7. 電話による保険募集を行っている場合の管理について</b>  |   |  |   |
| ①   | 監督指針に記載されている新規の電話募集に関しては、すでに管理項目を全て態勢整備できていますか  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   | いいえの場合は、その理由と解消時期 ( ) <input type="checkbox"/> 行っていない             |
| 商号  |   | 作成日: 平成 年 月 日  |   |
| 氏名  |   | 印  |   |
| ※氏名は記載者ご本人の署名・捺印をお願いいたします(法人代表者の場合は記名+職印でも可)。   |   |  |   |

《参考》

保険業法第279条（登録の拒否）第1項

- |      |  |
|------|--|
| 第1号  | 破産者で復権を得ないもの又は外国の法令上これと同様に扱われている者  |
| 第2号  | 禁錮以上の刑（これに相当する外国の法令による刑を含む。）に処せられ、その刑の執行を終わり、又は刑の執行を受けることがなくなった日から三年を経過しない者  |
| 第3号  | この法律又はこれに相当する外国の法令の規定に違反し、罰金の刑（これに相当する外国の法令による刑を含む。）に処せられ、その刑の執行を終わり、又は刑の執行を受けることがなくなった日から三年を経過しない者  |
| 第4号  | 第307条第1項の規定により第276条の登録を取り消され、その取消しの日から三年を経過しない者（当該登録を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの日前三十日以内に当該法人の役員であった者で当該取消しの日から三年を経過しないものを含む。）<br>又はこの法律に相当する外国の法令の規定により当該外国において受けている同種類の登録（当該登録に類する許可その他の行政処分を含む。以下この号において「登録等」という。）を取り消され、その取消しの日から三年を経過しない者（当該登録等を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの日前三十日以内に当該法人の役員であった者で当該取消しの日から三年を経過しないものを含む。） |
| 第5号  | 成年被後見人若しくは被保佐人又は外国の法令上これらと同様に扱われている者   |
| 第6号  | 申請の日前三年以内に保険募集に関し著しく不適当な行為をした者   |
| 第7号  | 保険仲立人又はその役員若しくは保険募集を行う使用人  |
| 第8号  | 営業に関し成年者と同一の行為能力を有しない未成年者でその法定代理人が前各号のいずれかに該当するもの  |
| 第9号  | 法人でその役員のうち第1号から第6号までのいずれかに該当する者のあるもの   |
| 第10号 | 個人でその保険募集を行う使用人のうちに第7号に該当する者のあるもの  |
| 第11号 | 法人でその役員又は保険募集を行う使用人のうちに第7号に該当する者のあるもの  |

保険業法第275条（保険募集の制限）

**第3項**

保険募集の再委託は、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当する場合において、当該再委託をする者（以下この条、第281条第1号及び第283条において「保険募集再委託者」という。）及びその所属保険会社等が、あらかじめ、再委託に係る事項の定めを含む委託に係る契約の締結について、内閣総理大臣の認可を受けたときに限り、行うことができる。

- 一 保険募集再委託者が、第1項第1号から第3号までに掲げる者のうち保険会社又は外国保険会社等であって、その所属保険会社等と内閣府令で定める密接な関係を有する者であること。
- 二 再委託を受ける者が、保険募集再委託者の生命保険募集人又は損害保険募集人であること。
- 三 保険募集再委託者が、再委託について、所属保険会社等の許諾を得ていること。