

**保険情報調査シート 雇主責任保険**  
**保险信息调查表 - 雇主责任保险**

**1. 保険期間 保险期间**

始期日自 \_\_\_\_\_ 満期日 至 \_\_\_\_\_

**2. 御社ご希望の証券賠償限度額 贵公司期望的保单承保限额**

	死亡 死亡	後遺障害 永久伤残	
<input type="checkbox"/>	本人月平均賃金の24ヶ月 24个月本人工资	本人月平均賃金の36ヶ月 36个月本人工资	1)左記は一人当たりの賠償限度額、証券の累計賠償限度額はRMB7,000,000 左列所示为每人赔偿限额，保单累计限额一般为RMB7,000,000  2)月平均賃金とは事故発生日又は医者の証明した疾病発生日前本人12か月の平均賃金、12か月未満の場合、実際の月数で計算する。 雇员的月工资是按事故发生之日或经医生证明发生疾病之日该人员的前十二个月的平均工资。不足十二个月按实际月数平均。
<input type="checkbox"/>	本人月平均賃金の36ヶ月 36个月本人工资	本人月平均賃金の48ヶ月 48个月本人工资	
<input type="checkbox"/>	本人月平均賃金の48ヶ月 48个月本人工资	本人月平均賃金の60ヶ月 60个月本人工资	
<input type="checkbox"/>	本人月平均賃金の60ヶ月 60个月本人工资	本人月平均賃金の72ヶ月 72个月本人工资	
<input type="checkbox"/>	その他(詳細をご説明ください) 其他(请具体说明)	その他(詳細をご説明ください) 其他(请具体说明)	

**3. 労働契約形態 雇佣合同类型**

	労働契約形態 雇佣合同类型	人数 人数	事業内容 主要工作内容
<input type="checkbox"/>	直接労働契約を締結 直接签订劳动合同		
<input type="checkbox"/>	労務仲介会社と三方契約を 締結 与劳务中介签订三方合同		
<input type="checkbox"/>	インターン 实习生		
<input type="checkbox"/>	* その他(詳細をご説明ください) 其他(请具体说明)		

備考: \*「その他」の場合、詳細を説明する他、労働契約のサンプルをご提示ください

备注: 如有“其他”，请具体说明并提供劳动合同样本

**4. 従業員基本情報 员工基本信息**

職種 职种		従業員数 员工人数	年間予想賃金総額 (給料、残業代、ボーナス、 手当を含む) 预计年度工资薪金总额 (包括工资或薪金及加班费、 奖金、津贴)	労災保険加入の有無 工伤保险参加与否
ご選択ください 请选择	仕事内容 主要工作内容			

備考 备注:

1. 職種分類について添付をご参照ください 职种分类请参考附件说明。

2. 全従業員を含めるべき 应包括所有雇员。

3. 従業員に外国籍者がいる場合、別途ご明記ください 若您的员工中有外籍人士，请单独列明。

4. 従業員は現地で御社と労働契約を結んだ従業員に限り、御社域外の支店と労働契約を結んだ従業員が含まれない。

上述雇员仅指与贵公司在当地签订劳动合同的员工，不包括与贵公司分支机构签订劳动合同的员工。

**5. 職業病について 职业病相关**

これまで職業病を患った若しくは職業病を患ったらしい従業員がいるか。

「Yes」の場合、詳細をご説明ください。

Yes 是  No 无

过去或目前是否有患或疑似职业病员工？如有，请说明具体情况

**6. その他リスク 其他风险信息**

勤務時間制度 工作时间制度	
全従業員正常時間帯(8時から18時まで、以下同じ)の自由勤務制度 所有雇员正常时段自由工作时间制度(正常时段指8时至18时, 下同)	<input type="checkbox"/>
全従業員正常時間帯8時間の勤務制度 所有雇员正常时段8小时工作制度	<input type="checkbox"/>
全部若しくは一部従業員の昼夜交替又は非正常時間帯8時間の勤務制度 所有或部分员工日夜班换班制度或非正常时段8小时工作制	<input type="checkbox"/>
安全制度 - 従業員資質 安全生产制度 / 操作工资质	
特殊職種において特定の職業許可書が必要なのか 特种工是否需要专门职业上岗证	<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否
安全制度 --機械操作程度 安全生产制度--机械操作程度	
従業員が機械を操作することが極めて少ない 雇员极少参与机械操作	
従業員が機械を操作するものの、頻度が高くない 雇员参与机械操作, 但频率不高	
従業員がよく機械を操作する 雇员接触机械操作较多	
通勤途中 上下班途中	
被保険者が社員にシャトルバスを手配するか 被保险人是否为员工提供上下班班车	<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否
シャトルバスで通勤する社員が何名いるか 有多少人乘坐班车?	

**7. 拡張補償のニーズ 附加險投保需求**

1) 御社は社員通勤中に発生する非労災意外事故をカバーしたいか。 贵公司是否希望扩展投保上下班途中的非工伤意外事故风险?	Yes 是 <input type="checkbox"/>	No 否 <input type="checkbox"/>
2) 御社は仕事関連の活動中に発生する非労災意外事故をカバーしたいか。 「Yes」の場合、指定活動内容(社員旅行、会社忘年会等)をご教示ください。 指定活動内容: 贵公司是否希望扩展投保与工作相关活动中的非工伤意外事故风险? 如是, 请说明指定活动内容(eg.公司组织的员工旅游、全员年会聚餐等) 指定活动内容:	Yes 是 <input type="checkbox"/>	No 否 <input type="checkbox"/>
3) 御社は海外ビジネス出張と旅行中の労災事故をカバーしたいか? 「Yes」の場合、ご説明ください。 主要目的地: _____ 年間予想出張人数: _____ 贵公司是否希望扩展承保海外商务出差和旅行中的工伤事故? 如是, 请说明: 主要出行地: _____ 年预计出行人数: _____	Yes 是 <input type="checkbox"/>	No 否 <input type="checkbox"/>
備考: 拡張補償をカバーする場合、上乘せ保険料が生じることとなり、御社は自社の予算を考えながら、ご判断ください。 备注: 投保附加險将增收额外保费, 请根据贵公司预算考虑是否需要投保。		

上述すべての内容が事実であり、同調査表を保険契約の一部にすることことに同意します。

我/我们声明上述内容属实, 同意以本调查表作为订立保险合同的依据。

保険契約者授權者サイン

投保人授权签名

日付 日期