様式第１号（第３条関係）

群馬県自転車保険認定・更新申請書

　群馬県知事あて

どちらかに✓をしてください。

□　新規申請　　□　更新（認定番号　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 年　　　月　　　日 |
| （ふりがな）  企業・事業者名 |  |
| 代表者名 | 職名  　氏名 |
| 所在地 | 〒  TEL |
| 担当者 | 部課名  役職  氏名  電話（直通）  E-mail |
| 自転車保険の名称 |  |
| 自転車保険  リンク先アドレス | （認定になった場合、県ホームページで公開します。） |
| 認定基準  （右の条件をいずれも満たしていることが必要です。確認し✓をしてください。） | □ 対人賠償額が１億円以上であること。  □　示談交渉が付されていること。  □　「自転車保険」単体で加入できるものであり、傷害保険や自動車保険等の「特約」でないこと。  ※　上記内容を満たしていることを疎明する資料を添付してください。 |
|