

2024/03/19

全労連連絡 22-23-22

各 単産・地方組織 御中

全国労働組合総連合
事務局長黒澤 幸一
(公印略)

[能登半島地震]支援ボランティアの募集について

貴組織におかれましては、24春闘での要求前進をはじめ「裏金」問題の徹底解明と金権・腐敗政治の一扫、大軍拡・大增税路線の岸田政権退陣にむけて日々ご奮闘されておられることに心から敬意を表します。

ご承知のように能登半島地震発生から80日余が経過しました。死者241人、200か所5000人以上が避難所生活を余儀なくされております。また避難所以外の避難も1万2千人以上となっています。まだまだ震災以前の生活と生業には至っておりません。

こうしたなか、全労連は石川県労連や石川災対連と連携を取り、被災の実態把握や支援ボランティアの拠点づくり、被災者支援にむけて検討して参りましたが、ようやく4月からの被災地でのボランティア活動開始に目途が立つこととなりました。

つきましては、今後被災地における支援強化にむけて、ボランティア派遣に取り組むこととなりました。

積極的な対応をお願い致します。

記

1. ボランティア派遣の開始日

(1) 4月から当面次のように第3次にわたるボランティアを派遣します。

① 4月5日(金)、6日(土)、7日(日)の3日間

② 4月19日(金)、20日(土)、21日(日)の3日間

③ 5月10日(金)、11日(土)、12日(日)の3日間

※3日間を基本とします。2日間などそれ以外については別途相談してください。

◇全日程に全労連役職員を配置します。

◇上記以降の日程については、被災地の復旧・復興状況、ボランティア参加状況等をふまえて検討し、具体化していきます。

2. 集合場所 — 「被災者支援共同センター」内の「全国災対連・石川災対連現地事務所」

(TEL 090-8342-0227) → 4月中。

(FAX) → 手続中

〒925-0026 羽咋市石野町ト13番地 被災者支援共同センター
TEL 0767-23-5107

○JR羽咋駅から徒歩15分(別紙参照)

3. 集合時間およびアクセス

- (1) ボランティア参加者の集合場所は基本的に「現地事務所」となります。
- (2) 現地事務所への集合時間は10:00
※簡単なうち合わせ+現地への移動等
- (3) ボランティア作業時間は11:00～15:00（現地と調整の結果）
ボランティア終了後、16:00に現地事務所に戻る予定です。
- (4) ボランティア内容については、当面、①七尾市、中能登町、志賀町の被災組合員の被災組合員宅の家屋片付け等、②要望に応じた支援物資の搬送、配布等とする被災地の復旧状況を含め、奥能登方面への拠点化も検討していく。
- (5) 現地事務所からボランティア場所までへの移動は現地事務所準備する。
- (6) ボランティア参加者について、終了後の十分な休養など安全衛生面で配慮できるようにしてください。
- (7) ボランティアセンターの体制（常駐体制等）
 - ・石川災対連と全国災対連共同による「現地事務所」を開設する。
 - ・事務所については活動期間中、常駐体制を取ります。

4. ボランティア募集方法とボランティア保険の加入について

- (1) 募集にあたっては、単産・地方組織単位での申し込みとし、個人申し込みは受け付けない。
申し込み方法はメール（z-shinsai@zenroren.gr.jp）での申し込みのみとする。
- (2) ボランティア活動参加者は必ず、単産・地方組織として事前にボランティア保険への加入を前提とする。なお、支援対策本部として「桜保険事務所」を紹介する（別紙参照）。

5. ボランティアセンターまでの移動手段等について

- (1) 金沢駅または（羽咋駅）への往復については各自での手配、負担とする。
- (2) 金沢からボランティアセンターまでの移動については、

①平日の場合

往路

金沢からIRいしかわ鉄道とJR七尾線を利用ください。

（例）金沢駅8:12発七尾行き（普通）→9:11羽咋駅着、徒歩15分。

復路

（例）羽咋駅17:00発金沢行き（普通）→18:11金沢着

②日曜の場合

往路

（例）金沢駅8:38発七尾行き（普通）→9:45羽咋駅着、徒歩15分。

復路

（例）羽咋駅17:00発金沢行き（普通）→18:11金沢着

- (3) 乗用車による現地事務所への移動については、事前に申し込み明記する。
（現地事務所には一定の駐車スペースがあります）

(4) 宿泊については各自で金沢市内でのホテル等の確保とする。なお、羽咋市内のホテルは満室状態で不可。

(5) 食事について

昼食も含め、食事については、各自の準備、負担とする。

6. ボランティア活動にあたっての基本的服装や持ち物等について

※参加者各自で用意をお願いします。

作業しやすい服装、軍手・ゴム手袋、マスク(防塵マスク)、ゴーグル、タオル、ヘルメット、安全靴(又は〇〇)、作業時の雨具(上下)、運転免許証(有資格者)、健康保険証、常備薬(必要な場合)、携帯電話・充電器、携帯ラジオ、懐中電灯、水筒、着替え、防寒着、使い捨てカイロ、洗面道具、傘など

(季節により変化しますが、適時工夫を)

以上

添付文書

[ボランティア登録申し込み用紙-最終.doc](#)

[ボランティア保険-発信文書.docx](#)

[現地事務所地図.pdf](#)

[TN国内旅行傷害明細.xlsx](#)

ボランティア登録申し込み用紙

申し込み日: 月 日

ボランティア日程	参加予定(○印を)	備考(全日程以外の場合は詳細に)
4月 5日~7日		
4月 19日~21日		
5月 10日~12日		

申し込み先: shinsai@zenroren.gr.jp

(※個人情報につき緊急時のみ使用)

氏名(ふりがな)	組織名	
住所		
携帯番号		
緊急連絡先	氏名	続柄
	電話番号	
メールアドレス		
保険証番号		
運転免許証	有 ・ 無	移動手段
備考	電車、公共機関	or
	自家用車	



「現地事務所」

〒925-0026

羽咋市石野町ト13番地 被災者支援共同センター内

(携帯)090-8342-0227

各単産、地方組織 殿

2024年3月19日

「能登半島地震」全労連支援対策本部

ボランティア保険への加入のお願い

震災ボランティアの募集にあたり、各組織・地方組織で参加者への保険加入をお願い致します。

記

1. お勧めする保険

(1) 国内旅行傷害保険をお勧めいたします。

(2) 補償内容と保険料(3泊4日)

補償	保険金額
死亡・後遺障害	800万円
入院保険金日額	8,000円
通院保険金額日額	4,000円
賠償責任保険金額	3000万円
保険料	584円(1名あたり)

※1契約につき最低保険料は500円です。

※1契約につき20名以上になれば団体割引5%が適用になります。

(3) 保険金をお支払いする主な場合

- ①旅行目的で自宅を出た時から自宅に戻るまでを補償します。
- ②旅行中の事故によるケガを保障します。
- ③旅行中に他人にケガをさせたり、他人の物を壊してしまった場合の損害賠償金をお支払いします。

(4) 保険金をお支払いしない主な場合

- ①傷害(ケガの補償)
 - i 地震もしくは噴火またはこれらによる津波によるケガ
 - ii 核燃料物質の有害な特性等による事故によるケガ など
- ②賠償責任
 - i 受託品に対する損害賠償責任
 - ii 車両、原動機付自転車等の所有・使用・管理に起因する損害賠償責任 など

2. ご契約の手順（4/4 始期分について）

(1)ご契約者名(団体名・代表者名)と被保険者(ボランティア参加者)の情報を3月22日までに桜保険にお知らせください（別紙参照）。

①契約者情報

- i 団体名・所在地・電話番号
- ii 代表者名(担当者名)・生年月日

②被保険者情報

- i 氏名・生年月日・性別・電話番号

※別紙「国内旅行傷害保険被保険者明細書」をご活用ください。→メール可能

(2)上記情報に基づいて保険契約申込書と専用の請求書を団体あてお送りいたします。

(3)契約申込書に代表者の自署をいただき、4月1日必着でご返送ください。

(4)保険料は3月29日までに振込みください。

※書類到着後に申し込み団体の代表者に「振込先」等をお送りします。

(5)直前のキャンセルは可能ですが、保険始期前にメール等で桜保険事務所までお知らせください。保険始期当日以降のキャンセルは致しかねます。

《日程表》

保険期間	4/4～4/7	4/18～4/21	5/9～5/12
契約者・被保険者情報	3月22日	4月4日	4月22日
申込書発送	3月25日	4月5日	4月23日
申込書返送期日(着日)	4月1日	4月12日	5月2日
振込期日	3月29日	4月12日	5月2日

お問い合わせ・お申し込みは
不明な点については「桜保険事務所」へ

担当: 柏木・佐藤

〒188-0011 西東京市田無町 3-2-17

TEL:042-465-3177 FAX:042-461-0366

Mail: dengon@sakura-hoken.co.jp

お電話受付時間：月曜～金曜 午前10時から午後5時

休業日：土曜・日曜・祝日、12月31日～1月3日

【新旅行保険システム タイプ・人数入力用専用】 国内旅行傷害保険被保険者明細書

TOKIOMARINE
NICHIDO
TO Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.
東京海上日動火災保険株式会社 宛

【ご注意】

- ★または☆が付された事項は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない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、ご注意ください。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合は保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。
 - 弊社の国内旅行傷害保険には「国内旅行傷害保険特約」「戦争危険等免責に関する一部修正特約」がセットされています。
 - *1~*5のある項目については、裏面を必ずご確認ください。
 - 本被保険者明細書(以下、本明細書)の記載事項に変更が生じた場合には、保険契約の申込(加入)時もしくは変更お申し出時にご提出いただいた最新の本明細書に、必要事項を追記のうえ変更依頼書とともにご提出ください。
- なお、本明細書の記載事項に変更が伴わないご契約内容変更のお申し出の際には本明細書の提出は不要です。この場合は、保険契約の申込(加入)時もしくは変更お申し出時にご提出いただいた最新の明細書が引き続き有効となります。

連番	明細番号	証券類番号 _____ 本被保険者明細書通し番号 _____											
		<p>・連番欄には、上から順番に連番をご記載ください。</p> <p>・明細番号欄には、各被保険者ごとに適用する申込書(加入手続書)もしくは変更依頼書の明細番号を、必ずご記載ください。</p>											
1	ご旅行者 (被保険者)	氏名	カナ 漢字	*1 ご旅行者 (被保険者) 同意署名欄			*1 私は本契約の内容に同意します。本契約が同条件で延長される場合も同意します。また、個人情報の取扱いに関するご案内に記載の内容についても同意します。						
		生年月日	西暦	年	月	日	年齢	才	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	()	
		★旅行中に従事する職業・職務	★他の保険契約等*2		備考								
		内容	有 <input type="checkbox"/> →		有 <input type="checkbox"/> →		裏面にご記入 ください。						
		死亡保険金受取人指定*3	変更日*4		変更種類*5								
有 <input type="checkbox"/> 辺表 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> T	20 年 月 日		補償変更(被保険者の取消) 補償変更(被保険者の追加) 補償変更(被保険者の解約) その他										
2	ご旅行者 (被保険者)	氏名	カナ 漢字	*1 ご旅行者 (被保険者) 同意署名欄			*1 私は本契約の内容に同意します。本契約が同条件で延長される場合も同意します。また、個人情報の取扱いに関するご案内に記載の内容についても同意します。						
		生年月日	西暦	年	月	日	年齢	才	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	()	
		★旅行中に従事する職業・職務	★他の保険契約等*2		備考								
		内容	有 <input type="checkbox"/> →		有 <input type="checkbox"/> →		裏面にご記入 ください。						
		死亡保険金受取人指定*3	変更日*4		変更種類*5								
有 <input type="checkbox"/> 辺表 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> T	20 年 月 日		補償変更(被保険者の取消) 補償変更(被保険者の追加) 補償変更(被保険者の解約) その他										
3	ご旅行者 (被保険者)	氏名	カナ 漢字	*1 ご旅行者 (被保険者) 同意署名欄			*1 私は本契約の内容に同意します。本契約が同条件で延長される場合も同意します。また、個人情報の取扱いに関するご案内に記載の内容についても同意します。						
		生年月日	西暦	年	月	日	年齢	才	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	()	
		★旅行中に従事する職業・職務	★他の保険契約等*2		備考								
		内容	有 <input type="checkbox"/> →		有 <input type="checkbox"/> →		裏面にご記入 ください。						
		死亡保険金受取人指定*3	変更日*4		変更種類*5								
有 <input type="checkbox"/> 辺表 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> T	20 年 月 日		補償変更(被保険者の取消) 補償変更(被保険者の追加) 補償変更(被保険者の解約) その他										
4	ご旅行者 (被保険者)	氏名	カナ 漢字	*1 ご旅行者 (被保険者) 同意署名欄			*1 私は本契約の内容に同意します。本契約が同条件で延長される場合も同意します。また、個人情報の取扱いに関するご案内に記載の内容についても同意します。						
		生年月日	西暦	年	月	日	年齢	才	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	()	
		★旅行中に従事する職業・職務	★他の保険契約等*2		備考								
		内容	有 <input type="checkbox"/> →		有 <input type="checkbox"/> →		裏面にご記入 ください。						
		死亡保険金受取人指定*3	変更日*4		変更種類*5								
有 <input type="checkbox"/> 辺表 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> T	20 年 月 日		補償変更(被保険者の取消) 補償変更(被保険者の追加) 補償変更(被保険者の解約) その他										
5	ご旅行者 (被保険者)	氏名	カナ 漢字	*1 ご旅行者 (被保険者) 同意署名欄			*1 私は本契約の内容に同意します。本契約が同条件で延長される場合も同意します。また、個人情報の取扱いに関するご案内に記載の内容についても同意します。						
		生年月日	西暦	年	月	日	年齢	才	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	()	
		★旅行中に従事する職業・職務	★他の保険契約等*2		備考								
		内容	有 <input type="checkbox"/> →		有 <input type="checkbox"/> →		裏面にご記入 ください。						
		死亡保険金受取人指定*3	変更日*4		変更種類*5								
有 <input type="checkbox"/> 辺表 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> T	20 年 月 日		補償変更(被保険者の取消) 補償変更(被保険者の追加) 補償変更(被保険者の解約) その他										

表面および裏面*のご説明

- * 1: 被保険者5名以下の団体契約かつご契約者(ご加入者)とご旅行者(被保険者)が異なるケースで、ご契約(ご加入)の死亡・後遺障害保険金額が他の保険契約等(*2)と合算で1,000万円(*6)を超える場合は、表面にご旅行者(被保険者)の同意を証する「署名」が必要です。なお、ご旅行者(被保険者)の年齢が保険期間の始期日時点で満15歳未満の場合は、同意を行うことができません。
- * 2: 他の保険契約等(同時に申込み(加入を依頼する)契約を含みます。)がある場合にご記入ください。「他の保険契約等」とは、この保険契約以外にご契約されている、この保険契約と全部または一部について支払責任が同一である保険契約や共済契約のことです。他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、弊社にて保険のお引受けができない場合があります。
- * 3: 死亡保険金受取人を法定相続人とする場合は記入不要です。保険金受取人を指定される場合は、死亡保険金受取人指定欄の「有」および「B1またはB2T」のいずれかに○印をつけ、所定の必要書類をご提出ください。
また、ご旅行者(被保険者)が15歳未満の場合で死亡保険金受取人を親権者・後見人に指定される際には、親権者・後見人が家庭裁判所に特別代理人の選任を請求し、この特別代理人が同意することが必要となります。
- * 4: 本明細書の記載内容を変更する場合にご記入頂く項目です。
- * 5: 本明細書の記載内容を変更する場合にご記入頂く項目です。該当する変更種類に○印を付けてください。
- * 6: ご契約(ご加入)いただける保険金額についてはご契約(ご加入)内容により上限額が異なります。詳細につきましては、代理店または弊社までお問い合わせください。
- * 7: 死亡・後遺障害、入院(手術)、通院の内容についてご記入ください。

該当する方のみご記入ください

連番	明細番号	★他の保険契約等*2	
		①会社名	②保険種類
		③保険金額*7	④満期日 (西暦)
		①会社名	②保険種類
		③保険金額*7	④満期日 (西暦)
		①会社名	②保険種類
		③保険金額*7	④満期日 (西暦)
		①会社名	②保険種類
		③保険金額*7	④満期日 (西暦)
		①会社名	②保険種類
		③保険金額*7	④満期日 (西暦)