

平成30年度用

(公財)介護労働安定センター宛
提出先:株式会社 全福サービス

加入依頼日 年 月 日

(公財)介護労働安定センター ケア・ワーカー等福祉共済制度

介護事業者賠償責任補償※加入依頼書

※介護サービス事業者賠償責任保険の愛称

太枠内をご記入下さい。

※住所等登録内容の変更有無について記入して下さい。↓

コード番号

1. 該当項目に○をご記入下さい(必須)	<input type="radio"/> 更新 ⇨ 住所等登録内容の変更 <input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 事業追加
2. 該当項目に○をご記入下さい(必須) ⇨ 裏面もご記入ください。	<input type="radio"/> 介護保険法に基づくサービス提供事業者☆ <input type="radio"/> 障害者総合支援法に基づくサービス提供事業者☆

☆加入者兼記名被保険者 ※漢字で記入して下さい。	法人・事業所名 (フリガナ)	TEL: - - FAX: - -	
	代表者名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 必須 法人印または事業者印 ご加入時の確認事項 確認印兼用 </div>	~ご加入時の確認事項~ 加入依頼者は、契約者である団体の構成員であることを確認し、団体に対してこの保険契約への加入を依頼します。また、裏面に記載の「個人情報取扱に関するご案内」の内容について、被保険者全員の同意を確認の上、同意いたします。
	所在地		
	〒 -		

本手続きに関する問い合わせ先(担当者)	氏名	TEL
---------------------	----	-----

裏面の該当サービスにチェックを入れてください⇒

チェック済

① 裏面の①のサービス	保険料出算の基礎となる人数	介護に従事する理事・役員 <input type="text"/> 人 + 介護に従事するすべての人数 <input type="text"/> 人 = <input type="text"/> 人	*1 把握可能な最近の会計年度(例:4月1日~3月末日)の平均値(1名あたり1人と数えます。)で算出して下さい。 *2 最近の会計年度の実績がない(新しい事業者の場合)は、見込みの人数を記入して下さい。 *3 ①のサービスと②のサービスの両方に従事される役職の方は、両方に1名ずつカウントしてください。
	加入保険料	単価 300円 × <input type="text"/> ヶ月 × <input type="text"/> 人 = <input type="text"/> 円 (<input type="text"/> 月~8月31日)	
② 裏面の②のサービス	保険料出算の基礎となる人数	常勤換算人数 <input type="text"/> 人 (小数点以下は切り上げて算出して下さい)	
	加入保険料	単価 600円 × <input type="text"/> ヶ月 × <input type="text"/> 人 = <input type="text"/> 円 (<input type="text"/> 月~8月31日)	

告知事項 申告欄 (必須)★	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	1. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。	左記が「はい」の場合、その具体的な内容をご記入下さい。	会社名 満期日	保険等の種類 支払限度額
	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	2. 本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか。(過去に東京海上日動火災と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。)			
	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	3. 本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか。(過去に東京海上日動火災と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。)			
	4. 上記2、3のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を下記に記入して下さい。				

郵便局・銀行でお振込みの場合
受領書のコピーを
こちらに貼付してください。

※★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じることが判明した場合は、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできないことがあります。また、変更の内容によってご契約を解除することがあります。

【保険期間】年間加入の場合:2018年9月1日午前0時~2019年8月31日午後12時
中途加入の場合:パンフレット表紙に記載の「保険期間」部分をご確認下さい。

※裏面もご記入ください※
必ず該当項目にチェックを入れてください。

受付

パンフレット内の【加入の際の注意事項】をご確認のうえ、お申込み下さい。

幹事保険会社 東京海上日動火災保険株式会社

インターネットでお振込みの場合
別紙で振り込完了画面の
コピーを添付してください。

[☆指定を受けているサービスあるいは実施されているサービスにチェック☑を入れてください。]

1. 居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 1-1 訪問介護（ホームヘルプサービス） <input type="checkbox"/> 1-2 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 1-3 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 1-4 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 1-5 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 1-6 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 1-7 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 1-8 短期入所生活介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 1-9 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 1-10 福祉用具販売
2. 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 2-1 居宅介護支援	
3. 地域密着型介護サービス	<input type="checkbox"/> 3-1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 3-2 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 3-3 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 3-4 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 3-5 地域密着型通所介護（18名以下）	<input type="checkbox"/> 3-6 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <input type="checkbox"/> 3-7 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3-8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 3-9 複合型サービス （看護小規模多機能型居宅介護）
4. 介護予防サービス	<input type="checkbox"/> 4-1 介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス） <input type="checkbox"/> 4-2 介護予防訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 4-3 介護予防訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 4-4 介護予防通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 4-5 介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 4-6 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 4-7 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 4-8 介護予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 4-9 介護予防福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 4-10 介護予防福祉用具販売
5. 地域密着型介護予防サービス	<input type="checkbox"/> 5-1 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 5-2 介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 5-3 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
6. 介護予防支援	<input type="checkbox"/> 6-1 介護予防支援	
7. 障害者総合支援法に基づくサービス	<input type="checkbox"/> 7-1 居宅介護（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> 7-2 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 7-3 同行援護 <input type="checkbox"/> 7-4 行動援護 <input type="checkbox"/> 7-5 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 7-6 短期入所（ショートステイ）	<input type="checkbox"/> 7-7 生活介護 <input type="checkbox"/> 7-8 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 7-9 共同生活援助（グループホーム） <input type="checkbox"/> 7-10 移動支援 <input type="checkbox"/> 7-11 指定特定相談支援
8. 介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス	<input type="checkbox"/> 8-1 上記1.～7. 記載のいずれかと同内容のサービス	
9. 公的介護対象外在宅サービスその他	<input type="checkbox"/> 9-1 配食サービス <input type="checkbox"/> 9-2 家事援助サービス <input type="checkbox"/> 9-3 外出助サービス <input type="checkbox"/> 9-4 緊急通報サービス <input type="checkbox"/> 9-5 ホームヘルパー養成研修 <input type="checkbox"/> 9-6 移送サービス	9.～12. 記載のサービスは、1.～8. のサービスと同時に事業を行う場合に対象となります。当該事業のみを行う場合は、ご加入いただけません。
10. 児童福祉法に基づくサービス	<input type="checkbox"/> 10-1 指定障害児相談支援 <input type="checkbox"/> 10-2 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 10-3 放課後等デイサービス	
11. 施設サービス	<input type="checkbox"/> 11-1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 11-2 介護老人保健施設	
12. その他介護保険サービス以外の居住施設サービス	<input type="checkbox"/> 12-1 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 12-2 サービス付き高齢者向け住宅	

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は引受保険会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。引受保険会社および引受保険会社のグループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑤の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③引受保険会社と引受保険会社のグループ各社または引受保険会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ (<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>) および他の引受保険会社のホームページをご参照ください。