

傷害補償（介護事業者用）加入依頼書の記入例

新規加入時、更新時は 加入依頼書を必ずご郵送ください

次月からは 月掛の場合 ⇒ 毎月 FAXまたは郵送でご通知ください。
年掛の場合 ⇒ 人数に変更がある時のみご通知ください。

平成30年度用
(公財)介護労働安定センター宛 (書類提出先: (株)全福サービス) 引受保険会社 東京海上日動火災保険株式会社
締切: 補償開始月前月末日必着 (休日の場合は、その前日) 加入依頼日 平成 年 月 日

(公財)介護労働安定センター傷害補償(介護事業者用)制度 加入依頼書
(感染症見舞金制度 加入依頼書)

1 **【チェック欄】**
 当事業者がパンフレット記載の加入対象事業者であることを確認しました。

2 加入確認 @350円: 傷害補償(介護事業者用)制度に加入 @380円: 傷害補償(介護事業者用)制度と感染症見舞金制度に加入

3 法人・事業所名
トキョウカイ'ヨウニド'ウゴ'サービス
東海日動介護サービス
法人・事業所所在地等 〒101-0041 東京都千代田区神田須田町 1-4-8 NCO 神田須田町 5F
TEL.03-1234-5678 FAX.03-1234-5678

4 被保険者算出の基礎となる人数
被保険者の範囲に○をご記入ください。複数可(☆)
【 】役員・事業主
【 】以下雇用された介護職員のうち
【 】正社員・パート・アルバイトを含むすべての従業員
【 】正社員のみ

5 被保険者数(☆) (役員・事業主 名 + 職員 名) = 合計 名

6 保険料
月掛 月分 350円 × 名 = 円
380円 × 名 = 円
(感染症見舞金制度追加加入プラン)
年掛 ※月数は、お支払の翌月から翌3月までの月数をご記入ください。
350円 × 名 × ヶ月 = 円
380円 × 名 × ヶ月 = 円
(感染症見舞金制度追加加入プラン)

7 感染症補償見舞金制度加入の場合のみ下記にご記入ください
(★1) 傷害補償告知欄 あり 1. 他、同種の保険契約または共済契約がありますか。ある場合には○をし、裏面※に詳細をご記入ください。
(★2) 感染症見舞金制度告知欄 はい・いいえ 1. 他、同種の保険契約または共済契約がありますか。ある場合には○をし、裏面※に詳細をご記入ください。
2. 本保険で補償の対象となる共済金の支払責任について、過去5年以内に共済金を支払ったことがありますか。
3. 本保険で補償の対象となる共済金の支払責任について、共済金を支払う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。
4. 上記2、3のいずれかが「はい」の場合は、共済金支払の内容およびその原因となる事実について、具体的に記入してください。

①パンフレット記載の「対象事業」である旨を確認のうえ、チェックをしてください。

②350円プラン又は380円プラン(「感染症見舞金制度」追加)をお選びください

③法人名、事業所名、代表者名等ご記入のうえ、法人印をご捺印ください。

④対象となる方の範囲を選択してください。

⑤上記④の対象となる加入人数をご記入ください。

⑥<月掛の場合>上記⑤の人数で保険料を算出してください。
<年掛の場合>上記⑤の人数に翌年3月までの月数を乗じてください。裏面参照⇒

⑦他の傷害補償の保険、共済にご加入の場合のみ、 あり に丸をして裏面に詳細をご記入ください

⑧「感染症見舞金制度」にご加入の場合のみ、告知欄をご記入ください。

毎月の被保険者名簿のご記入・ご提出は不要ですが、
常時ご提出いただける状態で備え付けいただきますようお願いいたします

傷害補償（介護事業者用）加入依頼書の記入例

年掛 加入 《被保険者数に変更があった場合》

- ・被保険者数（☆）欄には、変更後の被保険者（全員）の人数を記入してください。
- ・前月末までに加入依頼書を FAX または郵送でお送りください。

◆被保険者数が増える場合

- ・保険料の年掛欄に

増加人数×翌年 3 月までの月数、算出した追加保険料を記入してください。合わせてお振込みをお願いします。預り金がある場合には、欄外にその旨を記載してください。

例) 9 月から 2 名増加し 10 名になる場合 8 月末までに依頼書を FAX してください。

	被保険者数(☆) <input type="text" value="10"/> 名	← 変更後の被保険者数
保険料 <small>※単価及び被保険者の増減は該当する金額等を選んで○をお付けください。</small>	月掛 <input type="text"/> 月分 × <input type="text"/> 名 = <input type="text"/> 円 350円 380円 (感染症見舞金制度追加加入プラン)	
	年掛 350円 × <input type="text" value="2"/> 名 × <input type="text" value="7"/> ヶ月 = <input type="text" value="5,320"/> 円 380円 (感染症見舞金制度追加加入プラン)	← 増加人数×残月数

◆被保険者数が減る場合

- ・保険料の年掛欄に、

減少人数（マイナスをご記入ください）×翌年 3 月までの月数、算出した返戻保険料を記入してください。返戻保険料について、預り金ご希望の場合は、欄外にその旨を記載してください。返戻ご希望の場合は確認のご連絡をさせていただきます。

例) 10 月から 2 名減少して、8 名になる場合、9 月末までに依頼書を FAX してください。

	被保険者数(☆) <input type="text" value="8"/> 名	← 変更後の被保険者数
保険料 <small>※単価及び被保険者の増減は該当する金額等を選んで○をお付けください。</small>	月掛 <input type="text"/> 月分 × <input type="text"/> 名 = <input type="text"/> 円 350円 380円 (感染症見舞金制度追加加入プラン)	
	年掛 350円 × <input type="text" value="-2"/> 名 × <input type="text" value="6"/> ヶ月 = <input type="text" value="-4,200"/> 円 380円 (感染症見舞金制度追加加入プラン)	← 減少人数×残月数

《備え付けの名簿について》

給与台帳、出勤簿などのほか、被保険者名が明記されていれば形式は問いません。弊社ホームページにも雛形をご案内しておりますので適宜ご利用ください。