

2021年度
2021年9月以降版

事務手引き

(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

ケア・ワーカー賠償責任補償

家政婦（夫）紹介所用

(株)全福サービス ホームページのご案内

[URL:https://www.zenpuku.co.jp/](https://www.zenpuku.co.jp/)

弊社ホームページの「取扱保険の種類」または「書類ダウンロード」から
下記様式がダウンロードできます。

- ① パンフレット ② 加入依頼書 ③ お振込先について
- ④ 事故報告書 ⑤ 中途脱退報告書 ⑥ 変更届 ⑦ 事務手引き

※加入、脱退、住所等の変更、および事故発生時の手続きについて
の手引きとなっております。

内容を必ずご確認ください、加入依頼書兼名簿と一緒に大切に保管
してください。

目次

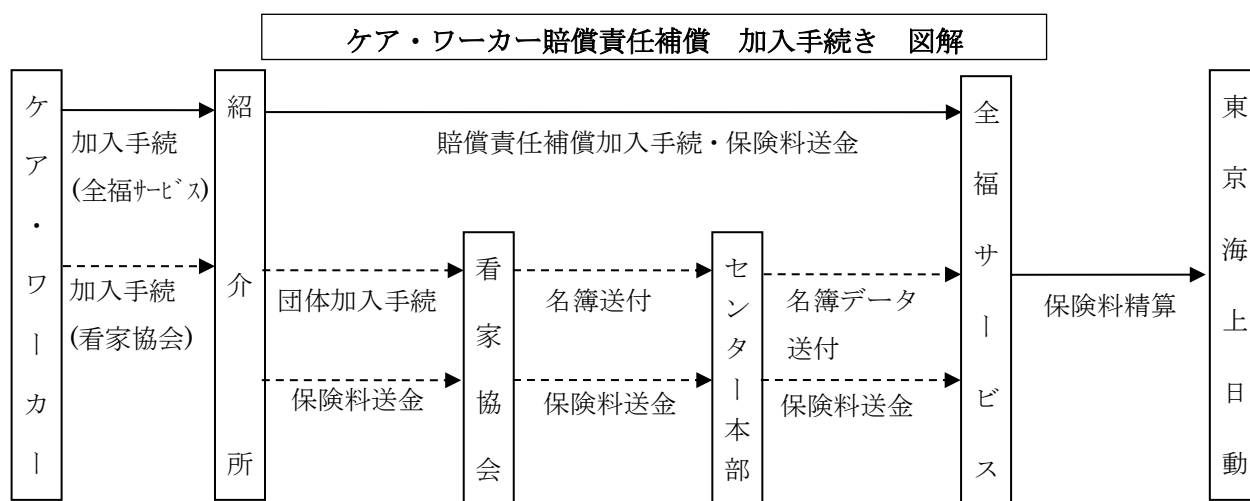
- 1 各種手続き・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1
- 2 事故発生時の手続き・・・・・・・・・・・・ P 4
- 3 保険代理店及び保険会社所在地等・・・・・・・・ P 6
- 4 各種様式・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 7

【1】各種手続き

紹介所を通じて働いているケア・ワーカーが加入できます。紹介所単位で取りまとめ、取扱代理店の(株)全福サービス(以下、全福サービス)へ手続きをしてください。

※(公社)日本看護家政紹介事業協会(以下、看家協会)の会員は協会を通じて手続きを行っていただくことになっております。手続き等については、直接看家協会へお問合せください。

1. 加入手続き



(1) 補償期間

- ・年間加入：9月1日午前0時から翌8月31日午後12時まで
- ・中途加入：加入依頼書兼名簿を全福サービスが受け付けた日、または保険料を介護労働安定センター本部が領収した日(センター指定の払込票の郵便局受付印)のいずれか遅い日の翌日午前0時から翌8月31日午後12時まで

(2) 提出書類

- ①「ケア・ワーカー賠償責任補償 加入依頼書兼加入者名簿」(以下、「加入依頼書兼名簿」)
- ②保険料の納付が確認できる払込受領証(コピー)

※①の「加入依頼書兼名簿」は必ず原本をご提出ください。

(3) 提出期限

- ・年間加入：8月16日までに提出してください。
- ・中途加入：随時加入ができます。(※「(1) 補償期間 ・中途加入」参照)

(4) 書類の提出先(取扱代理店)

株式会社 全福サービス

所在地：〒101-0041 東京都千代田区神田須田町1-4-8 NCO神田須田町5階

TEL：03-3252-2035

FAX：03-3258-8878

(5) 書類の入手方法

全福サービスから「加入依頼書兼名簿」「払込取扱票」を送付します。全福サービスまでご連絡ください。または、弊社ホームページからダウンロードができます。

前年度ご加入いただいた紹介所様には、紹介所名、住所等を印字して送付します。

(6) 保険料と送金方法

(イ) 保険料

- ・年間加入の場合は、年額3,000円（加入者1人当たり）
- ・中途加入の場合は、
月額250円（加入者1人当たり）に加入開始月～8月までの月数を乗じた金額
※保険料負担者：ケア・ワーカー

(ロ) 送金方法

郵便局の窓口、または銀行窓口、ATM、ネットバンク等での送金方法があります。

☆払込手数料については、紹介所様のご負担となります。

① 郵便局の窓口でお振込みの場合

- ・払込取扱票（郵便局備付け）で振込をしてください。前年度ご加入いただいた紹介所様には全福サービスよりコード番号等を印字して払込取扱票を送付します。
- ・払込取扱票には、以下の口座記号番号・加入者名・金額を記入し、ご依頼人欄には紹介所名、代表者名、保険料の内訳、連絡先電話番号等を記入してください。

口座記号番号：00110-3-663884
加入者名：（公財）介護労働安定センター

- ・ **※保険料確認のため、受領証（コピー）を加入依頼書の裏面に貼付してください。**

郵便局 払込取扱票：見本→

② 銀行窓口、ATM、ネットバンク等でお振込みの場合

下記の口座へお振込みください。

金融機関名：ゆうちょ銀行 支店名：0一九（ゼロイチキュウ）店
預金種目：当座 口座番号：0663884
口座名義：（公財）介護労働安定センター

- ・ご依頼人欄または通信欄等に、紹介所名、代表者名を入力してください。
- ・ **※保険料確認のため、受領証等（コピー）を加入依頼書の裏面に貼付してください。**
- ・ **※ネットバンクでお振込みの場合は、紹介所名でお振込みいただき、取引画面を印刷の上、加入依頼書と同封して送付してください。**

2. 中途脱退の手続き

(イ) 中途脱退の報告

「ケア・ワーカー賠償責任補償 中途脱退報告書」(以下、脱退報告書)に必要事項を記入し、脱退者からの確認印を取付け、紹介所印をご捺印のうえ全福サービスに提出してください。「脱退者確認印」欄に押印がない場合は脱退は認められませんのでご注意ください。
※様式はP8に掲載。またはホームページからPDF版、エクセル版がダウンロード出来ます。

(ロ) 保険料の精算

保険料の月額(250円)に、脱退される月の翌月から翌8月までの月数及び脱退者数を乗じた金額を、指定の口座に返戻します。

3. 変更の手続き

保険加入時以降、紹介所名、所長名及び所在地等に変更があった場合は、速やかに「職業紹介事業 変更届」に変更内容を記入し、全福サービスに提出してください。

※様式はP7に掲載。またはホームページからPDF版、エクセル版がダウンロード出来ます。

～本保険に関する注意事項～

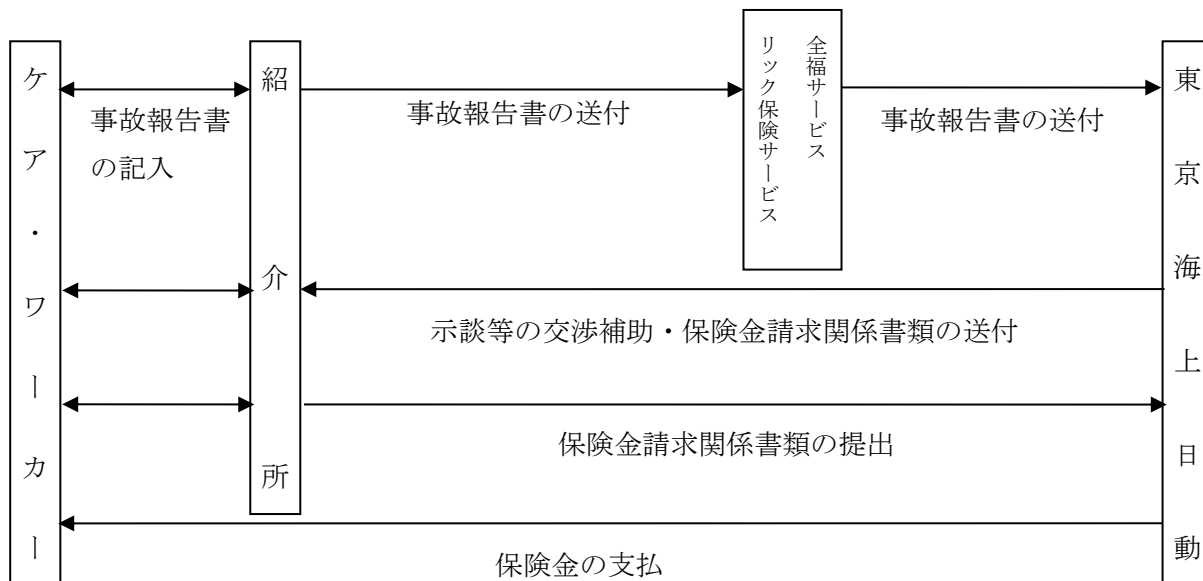
◎本保険の保険料の負担者はケア・ワーカー個人となっており、**ケア・ワーカー個人に保険が付保されています**。加入時に登録していた紹介所で加入していれば、別の紹介所で仕事をする際に、本保険に二重に加入する必要はありません。

◆新規登録ケア・ワーカーご加入時、転出ケア・ワーカーとの入替はできませんのでご注意ください。

◆事故時の補償については、加入しているケア・ワーカーが、加入時に登録していた紹介所以外の紹介所の仕事に従事している場合の事故も補償の対象となります。但し**事故報告書作成の際には加入時に登録していた紹介所名の記載が必要となります**のでご注意ください。

【2】 事故発生時の手続き

ケア・ワーカー賠償責任補償事故発生時手続の図解



◆事故時の補償については、加入しているケア・ワーカーが、加入時に登録していた紹介所以外の紹介所の仕事に従事している場合の事故も補償の対象となります。但し**事故報告書**作成の際には加入時に登録していた紹介所名の記載が必要となりますのでご注意ください。

(1) 事故報告書の作成と提出

(イ) 事故が発生した場合は、紹介所はケア・ワーカーと協力の下に、直ちに「ケア・ワーカー賠償責任補償 事故報告書（人身・物損）」（以下、事故報告書）に必要な事項を記入して、全福サービスにFAX（03-3258-8878）で報告してください。

なお、看家協会を通じて加入したケア・ワーカーについては、リック保険サービス（看家協会の取扱代理店）で取扱うこととしておりますので、リック保険サービスに事故報告書を送付またはFAX（03-3650-5937）してください。

(ロ) 全福サービスまたはリック保険サービスは、事故報告書の内容を確認したうえで、直ちに東京海上日動火災保険㈱（以下、東京海上日動）に報告します。

※1 様式はP9に掲載。又はホームページからPDF版、エクセル版がダウンロード出来ます。

※2 事故報告の連絡が遅れた場合には、事故状況の確認に時間がかかり、保険金のお支払いが遅れる可能性がございます。また、保険金請求権には時効（3年）がありますのでご注意ください。

(2) 東京海上日動との連絡及び事故立証資料の準備

東京海上日動の事故対応担当者は、事故報告書の受領後、紹介所（ケア・ワーカー）に対して保険金支払いのために必要な資料の提出についてご案内します。

紹介所（ケア・ワーカー）は、提出の依頼を受けたら至急資料を整備し、東京海上日動に送付してください。

用意していただく資料には、下記のものがあります。

(イ) 物損事故の場合の資料

①事故を立証するための事故現状写真（花瓶等の破損写真）

事故現品を万が一処分してしまった場合は、修復後の写真が必要となる場合もあります。

②事故金額を判定するための見積書、請求書、領収書

事故物品の購入・修理等の見積書、請求書、領収書

補償金額は、事故物品等の購入時の価額を基準として、償却年数経過時点の時価が限度になりますので、高価な物品等では購入時の領収書、鑑定書等が有効な資料となります。

③高価な事故物品現物

購入時約10万円を超す高価な物品で、写真では損壊状況が判断しにくい場合は、東京海上日動で鑑定することもありますので、損壊物品の保管に留意してください。

④建物、設備等事故の現場調査

建物、設備等の大きい事故の場合は、東京海上日動が直接現場に立会い調査を実施することもあります。

(ロ) 人身事故の場合の資料

①診断書

傷病の治癒の見通しがついた時点での診断書が必要となります。

②治療領収書

③傷病の症状及び治療内容等の調査のための同意書

大事故で長期入院等のおそれのあるものについては、東京海上日動が直接医師を通じて調査する場合もありますので、被害者の同意書が必要となります。

(3) 被害者との示談の交渉

提出された資料に基づき東京海上日動が審査した後、東京海上日動から事業者に対して示談金の内定額が示されます。事業者は被害者との示談金額の交渉を行ってください。

なお、示談金額の決定に際しては、随時東京海上日動と打ち合わせながら進めてください。

(4) 保険金請求関係書類（賠償責任保険金請求書、示談書、示談金領収書）の作成・提出

示談金額が被害者から承認され示談が成立しますと、東京海上日動より保険金請求関係書類を送付します。

送付された保険金請求関係書類は、同封された記入例に基づき必要事項を記入し所定の場所に記名捺印して、速やかに東京海上日動に送付してください。提出が遅れますと、保険金支払事務処理に支障をきたし保険金の支払いが遅れることとなります。

(5) 保険金の支払い

保険請求関係書類が提出されますと、その請求書類に基づき、東京海上日動は保険金を直接指定された口座に振り込みます。

指定口座へ保険金が振り込まれると、東京海上日動より保険金の支払先及び全福サービスに保険金の支払通知が送付されます。

【3】 保険代理店及び東京海上日動所在地等

保険代理店

◇株式会社全福サービス

(事故受付・補償内容に関するお問い合わせ)

所在地：〒101-0041 東京都千代田区神田須田町 1-4-8 NCO神田須田町 5階

TEL：03-3252-2035

FAX：03-3258-8878

◇リック保険サービス

(看家協会を通じてケア・ワーカー賠償責任補償に加入した場合の事故受付)

所在地：〒133-0056 東京都江戸川区南小岩 8-11-8 ウイルコート小岩 3階

TEL：03-3650-7511

FAX：03-3650-5937

幹事引受保険会社

◇東京海上日動火災保険株式会社 (担当課) 公務第一部公務第二課

所在地：〒102-8014 東京都千代田区三番町 6-4

TEL：03-3515-4124

FAX：03-3515-4125

※事故対応に関するお問い合わせは、事故報告受付後にご案内する東京海上日動の事故対応担当者までご連絡ください。

FAX送信先：株式会社全福サービス(03-3258-8878)

以下に変更内容を記入の上、速やかに上記にFAXしてください。 報告日 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

職業紹介事業 変更届

ご加入後、加入依頼書記載の内容に変更等が生じた場合は、本変更届の提出をお願いいたします。

- 変更** 変更の場合は、変更に☑をし、変更した事項のみ記入してください。
- 脱退** 廃業の場合は、脱退に☑をし、旧内容欄に全ての事項を記入してください。

		コード番号	A
変更事項	旧内容	新内容	変更年月日
都道府県			
フリガナ			
紹介所名			
フリガナ			
所長名			
所在地	〒	〒	
電話番号			
FAX番号			

上記のとおり変更しますので、報告します。

報告日 _____

紹介所名 _____

所長名 _____ 印

受 付

(個人情報の利用目的)本状記載の個人情報につきましては、保険事務手続きのために利用させていただきます。

※コピーしてお使いください。

提出先: 株式会社全福サービス

報告日	
-----	--

※加入申込先が介護労働安定センターの場合は、上記へご提出ください。
 ※加入申込先が日本看護家政紹介事業協会の場合は、協会へご提出ください。

(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
ケア・ワーカー賠償責任補償 中途脱退報告書

加入時の申込先にシ点チェックをしてください。

(公社) 日本看護家政紹介事業協会

(公社) 介護労働安定センター

色付の欄に入力してください。

コード番号	A
紹介所名	
所長名	(印)
連絡先	

年 月分の脱退者はつぎのとおりです。

No.	中途脱退者名(フリガナ)	性別	年齢	脱退年月日	脱退者確認印※	備考
1					(印)	
2					(印)	
3					(印)	
4					(印)	
5					(印)	
6					(印)	
7					(印)	
8					(印)	
9					(印)	
10					(印)	
計						人

※脱退者確認印欄には必ず脱退者の印を押印してください。印がない場合返金はできません。
 ※加入時の申込先に報告してください。

◎返還保険料(計算内訳)

脱退の届のあった翌月 から8月までの加入残月	×	脱退者数	×	保険料	=	返戻額
ヶ月		人		250円		円

◎中途脱退の場合の保険料の振込口座

脱退に伴う返還依頼額(返戻額)		円	金融機関/支店名 フリガナ	金融/支店 コード
返 還 先	金融機関			
	支店名			
	預金種目	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座 <input type="checkbox"/> 3.その他 ()		
	口座番号		受 付	
	口座名義 (カタカナ記入)			
解約理由	<input type="checkbox"/> 他の保険に加入 <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> 事業休止等 <input type="checkbox"/> その他 (理由)			

(個人情報の利用目的) 本状記載の個人情報につきましては、保険事務手続きのために利用させていただきます。

FAX送信先:株式会社全福サービス(03-3258-8878)

報告日

※加入申込先が介護労働安定センターの場合は上記へFAXしてください。

※加入申込先が日本看護家政紹介事業協会の場合はリック保険サービスへご提出ください。

(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
ケア・ワーカー賠償責任補償 事故報告書(人身・物損)

分かる範囲でできるだけ具体的にご記入下さい。

なお、保険加入時紹介所欄は現在登録紹介所と同じ場合は記入不要です。

証券番号		コード番号	A		
会員氏名		年齢			
住所		電話番号			
保険加入時紹介所		代表者			
現在登録紹介所		代表者(担当)			
住所		電話番号			
被害者氏名		年齢		男	女
住所		電話番号			
事故日時		午前	午後	時	分頃
事故場所					
発生状況 (できるだけ具体的に詳しく)	どのような場所で				
	だれが(だれと)				
	どのような作業をしているときに				
	なにが				
	どうなったか				
	どうすれば防げたか				
交渉状況	何に注意するべきだったか				
	被害者からの要求の有無 内容				
損害物について			受傷者について		
損害物			既往症		
購入日			認知症の有無	有	無
購入金額	円		医者や家族から特に注意されていた点		
購入先					
修理可能か	可	否 (修理見積 円)	入・通院見込	通院	入院 ~
備考					

(個人情報の利用目的) 本状記載の個人情報については、保険金支払手続きのために利用させていただきます。

(株)全福サービス ホームページのご案内

[URL:https://www.zenpuku.co.jp/](https://www.zenpuku.co.jp/)

ケア・ワーカー傷害補償もご用意しております。

ケア・ワーカーの通勤途上、就業中のケガに備える保険です。

ホームページからご確認いただけます。

または、全福サービスまでお問合せください。