

(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 加入依頼書 兼 加入者名簿

太枠内をご記入下さい。 *紹介所名、所長名及び加入者名は漢字で記入して下さい。

コード番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

加入依頼者 兼 記名被保険者	紹介所名 ☆	所長名 ～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、告知事項の有無等の確認および裏面の「個人情報の取扱いに関するご案内」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。 ※裏面記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」について同意の上、紹介所印をご捺印下さい。	印 紹介所印 ご加入時の 確認事項 確認印兼用
	所在地	〒 TEL: FAX:	

年度加入	単 価	加入者数☆	掛金(保険料)合計(一括払)	
	3,000円【1年間(9月～8月)】 ×	名 =	円	
中途加入	単 価	加入から8月末日までの月数	加入者数☆	掛金(保険料)合計(一括払)
	250円 ×	ヶ月(月～8月末日) ×	名 =	円

加入者名(記名被保険者) ☆								
氏 名	性別	年齢	氏 名	性別	年齢	氏 名	性別	年齢

告知事項 申告欄 (必須)★	☐ はい ☐ 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	会社名	保険等の種類
				満期日	支払限度額
	☐ はい ☐ 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。)			
	☐ はい ☐ 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裏面に記入してご提出下さい。			

※★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。これらに事実と異なる記載をした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(補償期間)】

○年度加入者の場合は、2020年9月1日午前0時から始まり、2021年8月31日午後12時に終了します。

○中途加入者の場合は、加入依頼書兼加入者名簿を送付し、(株)全福サービス(注)がこれを受け付けた日または、保険料を(公財)介護労働安定センター本部(注)が領収した日のいずれか遅い日の翌日午前0時から始まり、2021年8月31日午後12時に終了します。

(注)公益社団法人日本看護家政紹介事業協会(以下「看家協会」という。)を通じてご加入の場合は、「看家協会」に読み替えます。

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(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。

★告知事項申告欄 詳細ご記入欄

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。

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。

ケア・ワーカー向け賠償責任補償

お振込み先

◆郵便局でお振込みの場合◆

郵便局に備え付けの払込票に、下記の「口座記号番号」と「加入者名」をご記入いただき、お振込みいただきますよう、よろしくお願いいたします。

◆口座記号番号：00110-3-663884

◆加入者名：公益財団法人 介護労働安定センター

<見本> 郵便局備付けの用紙をご利用ください

払込取扱票	
00 東京	口座記号番号
00110-3-663884	金額
加入者名 公益財団法人 介護労働安定センター	料金
ご依頼人・通信欄 〒△△△-△△△△ 東京都千代田区〇〇町〇丁目〇〇番地 (株)◇◇◇◇ 代表者名または担当者名 ☎No.	備考
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)(承認番号東第52608号) これより下部には何も記入しないでください。	

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

切り取らないでお出ください。

振替払込請求書兼受領証	
口座記号番号	00110-3-663884
加入者名	公益財団法人 介護労働安定センター
金額	おなまえ
ご依頼人	(株)◇◇◇◇ 代表者名又は担当者名 ☎No.
料金	日 附 印
備考	円

この受領証は、大切に保管してください。

送金後は、「受領証」のコピーを加入依頼書に貼付してください。

◆銀行、ATM、ネットバンク等でお振込みの場合◆

下記口座にお振込みください。

銀行名：ゆうちょ銀行
支店名：0一九（ゼロイチキュウ）支店
口座種別：当座
口座番号：0663884
口座名義：(公財) 介護労働安定センター

なお、ネットバンクでお振込みの場合は、
法人名でお振込みいただき、取引画面を印刷のうえ
加入依頼書に添付してください。

<お問合せ・送付先>

〒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

(株)全福サービス

TEL：0120-023-933

FAX：03-3258-8878