2023 年度

保存版

（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・ワーカー傷害補償　事務手引き

◆お手続き方法、各種書式を掲載しております◆

- ご加入手続き
- 追加新規加入者のお手続き
- 事故報告書

弊社ホームページの「**書類ダウンロード**」からも下記様式がダウンロードできます。

① 加入依頼書　②お振込み先について　③パンフレット　④事故報告書

㈱全福サービス　ホームページのご案内　https://www.zenpuku.co.jp/

2023年度より、初回の名簿のご提出も FAX で受付可能になりました。

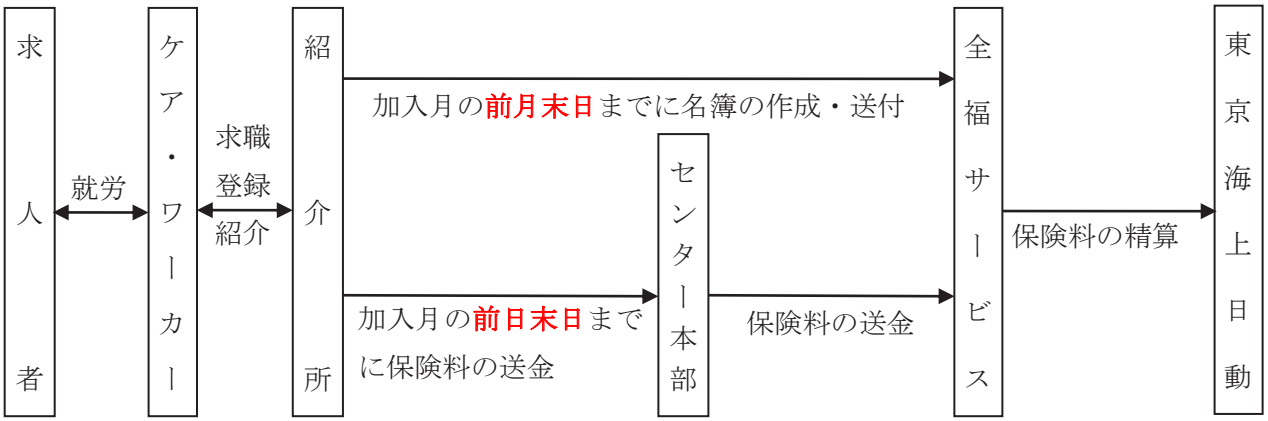
【1】 加入手続きと手順

2023年度より、初回の名簿のご提出もFAXで受付可能になりました。

家政婦(夫)紹介所（以下「紹介所」という。）に登録されているケア・ワーカーが対象となります。なお、紹介所単位で加入する補償ですので、ケア・ワーカー個人が手続きする必要はありません。

1．加入手続き

傷害補償加入の図解



（1）提出書類

①「ケア・ワーカー傷害補償加入依頼書　兼　被保険者名簿（異動報告書)」（以下「名簿」）

②保険料の納付が確認できる払込受領証（コピー）

（2）書類の入手方法

取扱代理店の㈱全福サービスから「名簿」「払込取扱票」を送付します。

前年度ご加入いただいた紹介所様には加入者名、被保険者氏名を印字した名簿を送付します。

また弊社ホームページにも「名簿」「お振込み先について」をご案内しております。

（3）提出期限

加入する月の前月末日までに提出してください。

※補償対象月に入ってからの名簿の提出及び保険料の送金は、補償の対象となりません。

（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）保険料と送金方法

ケア・ワーカー1名あたり　毎月３５０円。※保険料は紹介所様のご負担です。

加入者数に３５０円を乗じた金額を指定の払込票等により送金をお願いします。

※必ず補償開始月の前月末日（休日の場合は前日）までに送金してください。

・払込手数料については、紹介所様のご負担となります。

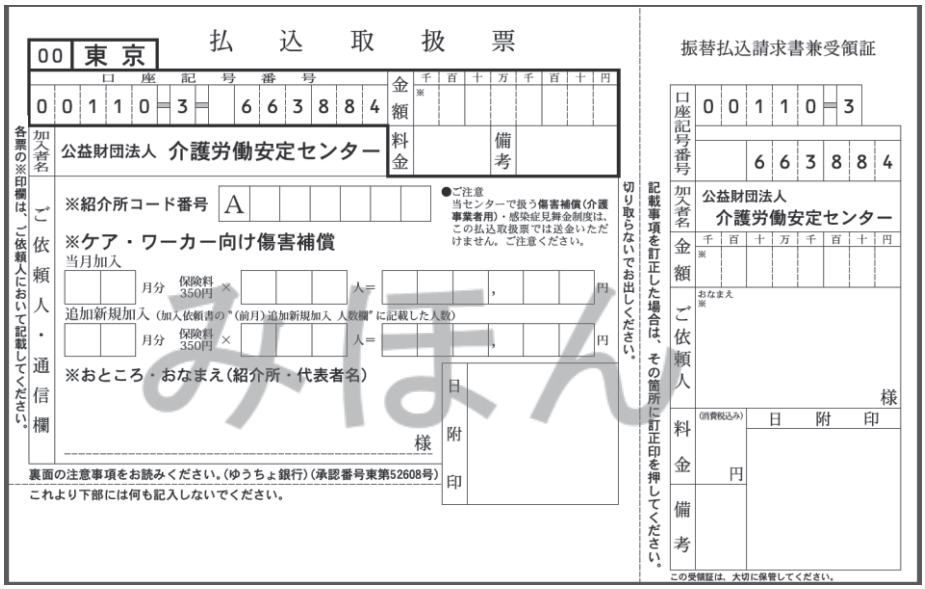
①　郵便局でお振込みの場合

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

・㈱全福サービスより送付しているコード番号を印字した払込取扱票をご利用ください。

※郵便局備え付けの払込取扱票に紹介所名、保険料の内訳等必要事項を記入して、お振込み出来ます。

※保険料確認のため、受領書（コピー）を加入依頼書に添付してください。



②　銀行、ＡＴＭ、ネットバンク等でお振込みの場合

ゆうちょ銀行　〇一九（ゼロイチキュウ）店　　当座　０６６３８８４
口座名義：（公財）介護労働安定センター（ザイ カイゴロウドウアンテイ セ ン タ ー）

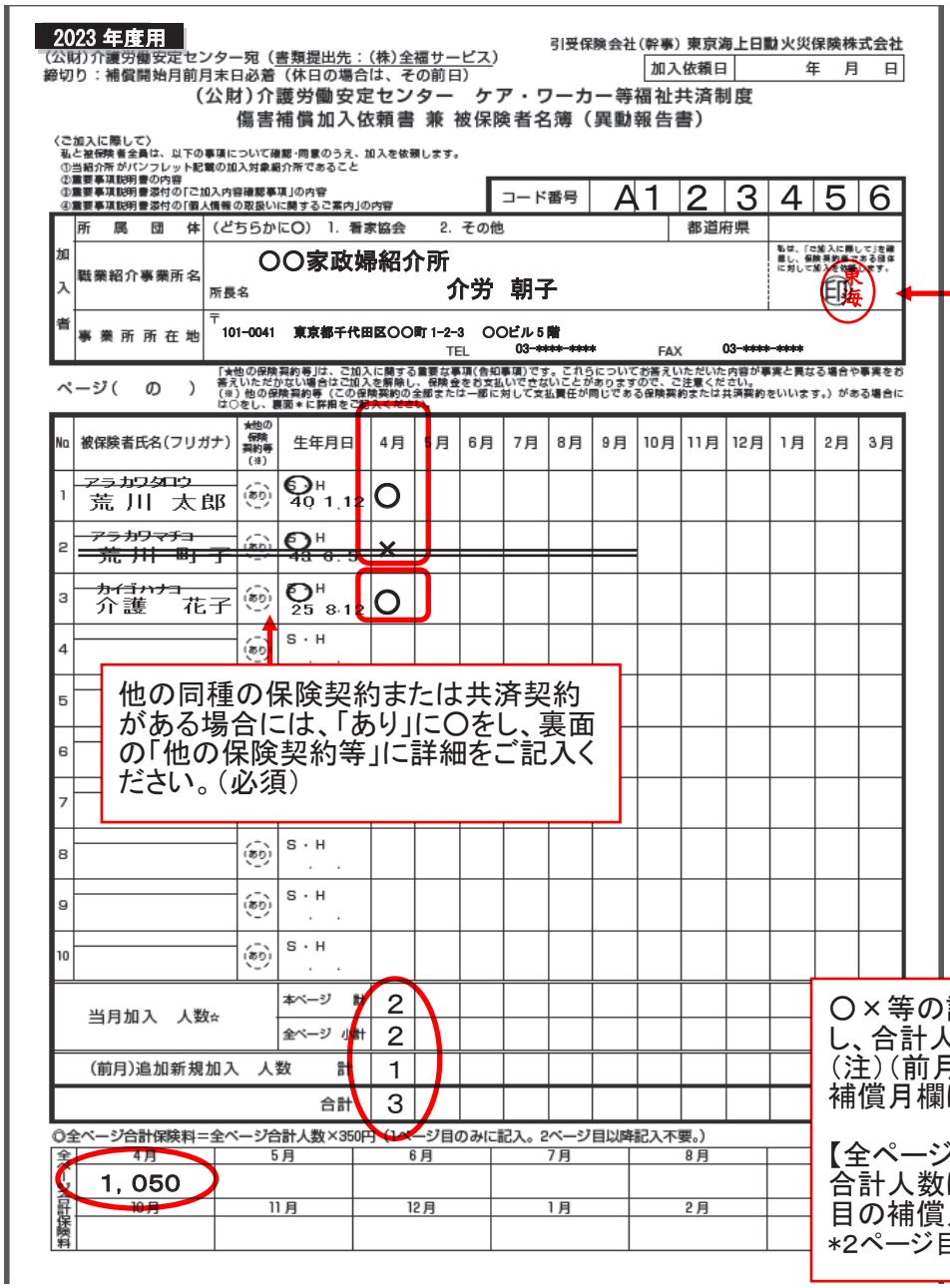
※ご依頼人または通信欄に、コード番号・法人名・事業所名・連絡先を明記してください。

※銀行ＡＴＭでお振込みの際には振込明細票を加入依頼書に添付してください。

ネットバンクでお振込みの際には取引画面を印刷して、加入依頼書に添付してください。

2. 名簿の記入方法

ケア・ワーカー傷害補償　被保険者名簿（記入例）


2023 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）
締切り：補償開始月前月末日必着（休日の場合は、その前日）

引受保険会社（幹事）東京海上日動火災保険株式会社
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
傷害補償加入依頼書 兼 被保険者名簿（異動報告書）

〈ご加入に際して〉
私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。
①当紹介所がパンフレット記載の加入対象紹介所であること
②重要事項説明書の内容
③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
④重要事項説明書添付の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

コード番号　A1 2 3 4 5 6

加入者	所属団体	（どちらかに○）1. 看家協会　2. その他	都道府県
	職業紹介事業所名	○○家政婦紹介所	私は、「ご加入に際して」を確認し、保険契約者である団体に対して加入を依頼します。
	所長名	介労　朝子	東海 印
	事業所所在地	〒101-0041　東京都千代田区○○町 1-2-3　○○ビル 5 階 TEL 03-****-**** FAX 03-****-****	

ページ（　の　）

「★他の保険契約等」は、ご加入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加入を解除し、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。
（※）他の保険契約等（この傷害保険の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。）がある場合には○をし、裏面＊に詳細をご記入ください。

No	被保険者氏名（フリガナ）	★他の保険契約等（※）	生年月日	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1	アラカワタロウ 荒川 太郎	（あり）	S・H 40 1.12	○											
2	アラカワマチコ 荒川 町子	（あり）	S・H 48 8.5	×											
3	カイゴハナコ 介護 花子	（あり）	S・H 25 8.12	○											
4		（あり）	S・H . .												
5															
6															
7															
8		（あり）	S・H . .												
9		（あり）	S・H . .												
10		（あり）	S・H . .												
当月加入　人数☆			本ページ　計	2											
			全ページ　小計	2											
（前月）追加新規加入　人数　計				1											
合計				3											

他の同種の保険契約または共済契約がある場合には、「あり」に○をし、裏面の「他の保険契約等」に詳細をご記入ください。（必須）

◎全ページ合計保険料＝全ページ合計人数×350円（1ページ目のみに記入。2ページ目以降記入不要。）

全ページ合計保険料	4月	5月	6月	7月	8月
	1，050				
	10月	11月	12月	1月	2月

紹介所印、又は所長印を押印してください。

※変更のあった項目は、名簿提出時に、変更箇所に二重線を引いて、訂正してください。

加入の場合は○、不加入の場合は×を記入してください。

退会された方は、二重線で抹消してください。

○×等の記入後、各々の計欄を記入し、合計人数を算出してください。
（注）（前月）追加新規加入人数計は、補償月欄に記入してください。

【全ページ合計保険料欄】
合計人数に350円を乗じた額を1ページ目の補償月欄へ記入してください。
*2ページ目以降の記入は不要です。

「被保険者氏名」欄	印字されたケア・ワーカーの「該当月」欄に、加入する場合は○印、加入しない場合は×印を記入してください。
◈新たに加入するケア・ワーカーを追加する場合	名簿の最終行に「被保険者氏名」「生年月日」を記入し「該当月」欄に○印を記入してください。
◈（前月）追加新規加入のケア・ワーカーを追加する場合	前月の月途中に新規登録し就労するケア・ワーカー（追加新規加入者）の取扱いについては（2）を参照してください。
◈登録を抹消したい場合	該当するケア・ワーカーの行全体に、二重線を引いてください。

※　追加新規加入者　:新規登録の方を当月から補償対象にする場合

締切後（補償月の前月末日）に新規登録し就労することとなったケア・ワーカー（以下「追加新規加入者」という。）については、提出する名簿（翌月の申込分）に記入することで、就労時点から補償の対象にすることができます。

※既に名簿に登録しているケア・ワーカーを、追加新規加入者として補償の対象とすることは、認められませんのでご注意ください。

【記入例】

「介護花子さん」が、4 月に新規で登録、すぐに仕事もされる場合。
4 月の受付は締め切っているが、5 月分の加入依頼書の名簿に追加新規加入者として申告、保険料をお支払いいただくことで、4 月からの補償が可能になります。

No	被保険者氏名(フリガナ)	★他の保険契約等(※)	生年月日	4月	5月	6月	7月
1	アラカワタロウ 荒川　太郎	(あり)	S・H 40 1 12		○		
2	カイゴ タロウ 介護　太郎	(あり)	S・H 30 7 25		○		
3	アラカワマチコ 荒川　町子	(あり)	S・H 43 6 5		○		
4	カイゴハナコ 介護　花子	(あり)	S・H 25 8 12	◎	○		

５月分の名簿提出時（４月）に、
４月から新規で働く方の４月分に◎、５月分の欄に○をご記入ください。

保険料は

翌月の対象者	：５月分×４名×３５０円＝	１，４００円
新規追加加入者	：４月分×１名×３５０円＝	３５０円
		１，７５０円

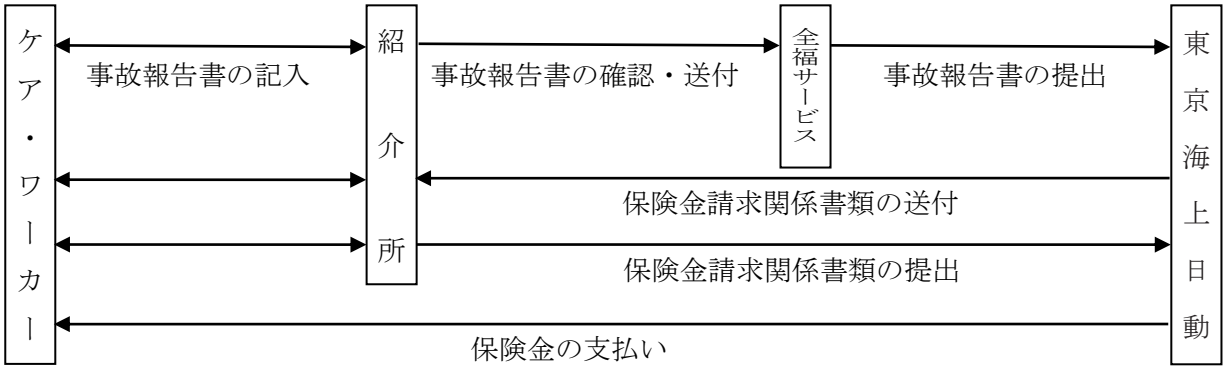
３月の新規追加加入者のお手続きは、白紙の名簿をご利用ください。

3. 住所、代表者などの変更手続き

変更届はございません。
保険加入時、紹介所名、所長名（代表者名）及び所在地、被保険者氏名等の変更があった場合は、毎月ご提出いただく名簿を直接訂正してください。

【2】事故発生時の手続きと手順

傷害補償事故発生時の図解



（１）事故報告書の作成と提出

ケア・ワーカーに事故が発生した場合、紹介所は「ケア・ワーカー等福祉共済制度　傷害補償　事故報告書」（以下「事故報告書」という。）をケア・ワーカーと協力の下に作成し、㈱全福サービスあてにＦＡＸ（０３－３２５８－８８７８）で報告してください。（「事故報告書」は、Ｐ９に掲載）。**作成にあたり、「事故確認」欄の確認者の署名・捺印を忘れないようにしてください。**

㈱全福サービスは、事故報告書の記載内容を確認したうえで、直ちに東京海上日動火災保険㈱に報告します。

※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）保険金請求関係書類の紹介所への送付

東京海上日動火災保険㈱の事故対応担当者は、事故報告書の受領後、保険金請求関係書類を紹介所に送付します。（保険金請求関係書類が紹介所に送付されるまで数日掛かります。また、大きな事故の場合には、これに調査期間が加わります。）

（３）保険金請求関係書類の提出

傷害の治療が終了したら、保険金請求関係書類をケア・ワーカーと紹介所の協力の下に直ちに作成して保険会社に送付してください。提出が遅れますと保険金の支払いが遅延します。

（４）保険金の支払い

保険金請求書関係書類が提出されますと、その請求書類に基づき保険金が算定され、直接ケア・ワーカーの指定する口座に振り込まれます。

指定口座へ保険金が振り込まれると、東京海上日動火災保険㈱より保険金の支払先（ケア・ワーカー）、㈱全福サービスに保険金の支払通知がなされます。

FAX 送信先：株式会社全福サービス（03-3258-8878）　　※コピーしてお使いください。

ケア・ワーカー等福祉共済制度　傷害補償　事故報告書

（死亡・後遺障害・入院・通院）

報告日　　年　　月　　日

保険種目：介護労働安定センター団体傷害保険	証券番号※：

※は記入不要

負傷者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	年齢 歳	性別　男　・　女
負傷者住所	ﾌﾘｶﾞﾅ 〒 TEL		
所属紹介所名		所長 名	
コード番号	A	所属団体（いずれかに○）：　看家協会　　未加入	
紹介所住所	〒 TEL		

事故の内容	事故日	年　　月　　日　午前 午後　　時　　分頃
	事故場所	都･道 府･県　　区 市 郡　　町 村
	事故状況	
傷病治療の内容	傷病部位	傷病名
	病院名	病院　TEL　　医師名
	入院（見込み・確定）　月　日～　月　日（　日間）	後遺障害（見込み）
	通院（見込み・確定）　月　日～　月　日（　日間）	無・有（　　）

就業中等の事故確認欄

上記事項は、次のとおり就業中等の事故であることを確認いたしました。（該当する事故に○をしてください）

a. 紹介所によって紹介された仕事に従事中の事故

b. 紹介所によって紹介された仕事場所との通勤（往復）途上中の事故

c. 紹介所長の認める研修等に参加中または往復途上中の事故

確認者：紹介所長・求人者・その他（　　）

（署名・捺印）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　TEL（　　）　　－

（個人情報の利用の目的）

本状記載の個人情報につきましては、保険金の支払い手続きのために利用させていただきます。

【被保険者確認欄】（紹介所記入不要）

上記負傷者は、被保険者であることを確認しました。

保険代理店確認印

【3】保険代理店及び保険会社所在地等

◇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

◇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、事故受付後に届く保険金請求書類に記載されている東京海上日動火災保険㈱の事故対応担当者までご連絡ください。