

2021年度

2021年9月以降版

事務手続き

(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」 介護事業者賠償責任補償

ご住所等の変更時、事故発生時に必要なお手続きについての手引きと
なっておりますので、内容を必ず確認いただき、加入者証と一緒に大
切に保管してください。

全福サービスホームページのご案内 [URL:https://zenpuku.co.jp/](https://zenpuku.co.jp/)

弊社ホームページの書類ダウンロードから各種申請書がダウンロードできます。

目 次

1	加入手続と手順（保険料負担者：介護事業者）	1
	（1）加入依頼書の作成と提出	1
	（2）保険料の算出方法について	1
	（3）補償期間（保険期間）	1
	（4）中途脱退	2
	（5）変更の届出	2
	（6）加入者証	2
2	事故発生時の手続きと手順	3
	（1）事故報告書の作成と提出	3
	（2）東京海上日動との連絡及び事故立証資料の準備	3
	（3）被害者との示談の交渉	4
	（4）保険金請求関係書類の作成・提出	4
	（5）保険金の支払い	4
3	保険代理店及び東京海上日動所在地等	

各種様式

介護事業者賠償責任補償	中途脱退報告書	6
介護事業者賠償責任補償	変更届	7
介護事業者賠償責任補償	事故報告書	8

1 加入手続と手順（保険料負担者：介護事業者）

（1）加入依頼書の作成と提出

事業者は、「介護事業者賠償責任補償加入依頼書」（以下「加入依頼書」という。）に加入者数等必要事項を記入し、保険料をお振り込み後、法人印又は事業者印をご捺印のうえ、取扱代理店の株式会社全福サービス（以下「株全福サービス」という。）に提出してください。（送付先住所は5ページをご参照ください）

※保険料は、貴社専用の振込口座を設定させていただくこととなりました。

傷害補償・個人情報漏えい保険に既にご加入の事業者様は、同一の口座番号となります。

専用口座は継続加入の場合は更新のご案内に同封しています。新規または中途加入の場合は（株）全福サービスまでお問合せください。

（2）保険料の算出方法について

①施設サービス以外

＜年間加入＞理事・役員＋常時雇用人数×年額3,600円＝年間保険料

＜中途加入＞理事・役員＋常時雇用人数×加入月から翌8月末までの月数×月額300円
＝中途加入保険料

イ 保険料の算出の基礎となる人数

介護業務に従事する理事・役員＋常時雇用人数（職員・パートタイマー・協力会員）の合計。
人数は2020年4月1日～2021年3月31日までの期間の平均人数となります。

ロ 月当たりの平均人数

月当たりの雇用者数の平均を算出し、小数点以下を切り上げた人数とします。

※1ヶ月の間に出勤日が1日のみの従業員も、その月は1人として算出します。

ハ 計算例

月当たりの平均人数が下記の表のような場合、以下のとおりです。

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
10人	10人	11人	10人	10人	12人	12人	10人	11人	10人	10人	11人	127人

保険料算出の基礎となる人数・・・127人÷12ヶ月＝10.583...⇒11人

②施設サービス

＜年間加入＞常勤換算人数×年額7,200円＝年間保険料

＜中途加入＞常勤換算人数×加入月から翌8月末までの月数×月額600円＝中途加入保険料

※常勤換算人数の小終点以下は切り上げて算出してください。

（3）補償期間（保険期間）

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：加入依頼書を株全福サービスが受け付けた日、または保険料が専用口座に着金した日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

(4) 中途脱退

「介護事業者賠償責任補償中途脱退報告書」(以下「脱退報告書」という。)に必要事項を記入し法人印又は事業者印を押印のうえ、(株)全福サービスに郵送してください。

「脱退報告書」の様式は、本手引き6ページに掲載されています。

加入月から脱退の報告をする月(株)全福サービスが受付けた月)までの保険料を差し引いた金額を、指定の口座に返戻します。

(5) 変更の届出

ご加入以降、社名、代表者及び所在地等の変更があった場合は、速やかに「介護事業者賠償責任補償変更届」(以下「変更届」という。)に、変更内容を記入し(株)全福サービスにFAX(03-3258-8878)で提出してください。

また、介護事業所ごと複数に分けて申込をし、登録をしている事業者で、更新時等に法人一括の取りまとめを希望する場合についても「変更届」により、統合の届出を行なってください。

「変更届」の様式は、本手引き7ページに掲載されています。

※1 加入時以外のサービス(新規介護サービス開始等)について、新規に介護サービス事業を開始することにより、新たに従業員を雇用した場合は、新たに雇用した従業員の数分を追加で加入していただく必要があります。

その場合は、加入依頼書を新規事業追加のお申込みとして、手続きを行ってください。

なお、新たな従業員の雇用がない場合は、変更届を使用し、サービスの追加等の欄に追加サービス・事業所名をご記入のうえ、ご提出ください。

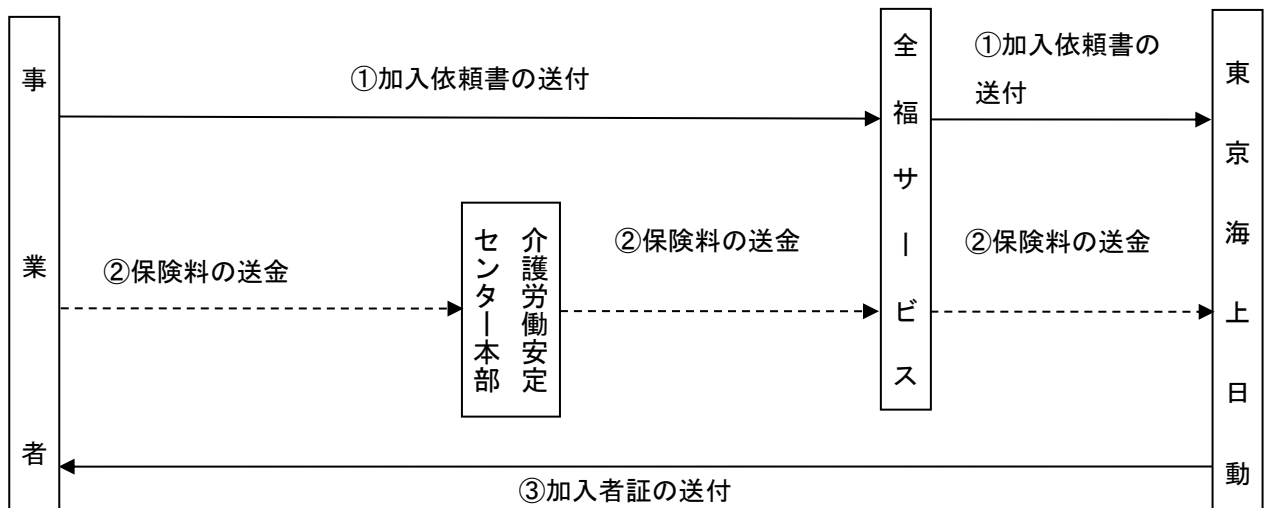
※2 既加入事業者の既存のサービスでの従業員の増減につきましては、年度途中の手続きは不要となりますので追加入金及び保険料の返金はありません。

(6) 加入者証

加入後約2ヵ月で東京海上日動火災保険(株)から加入者証がお手元に到着しますので、内容をご確認いただき、大切に保管してください。

加入者証等の再発行については、(株)全福サービスまで問い合わせください。

参考：加入手続き(年間加入・中途加入)の流れ



2 事故発生時の手続きと手順

(1) 事故報告書の作成と提出

イ 事故が発生した場合は、事業者は従業員との協力の下に、直ちに「介護事業者賠償責任補償事故報告書（人身・物損）」（以下「事故報告書」という。）に必要事項を記入し、㈱全福サービスにFAX（03-3258-8878）で報告してください。

ロ ㈱全福サービスは、加入依頼書により事故報告書の加入事業者を確認し、直ちに東京海上日動に報告します。

※1 「事故報告書」の様式は、本手引き8ページに掲載されています。

※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、事業者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。

事業者は、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

・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。

・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。

・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。

・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

・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。

・治療領収書

・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の作成・提出（賠償責任保険金請求書、示談書、示談金領収書）

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事業者へ送付します。

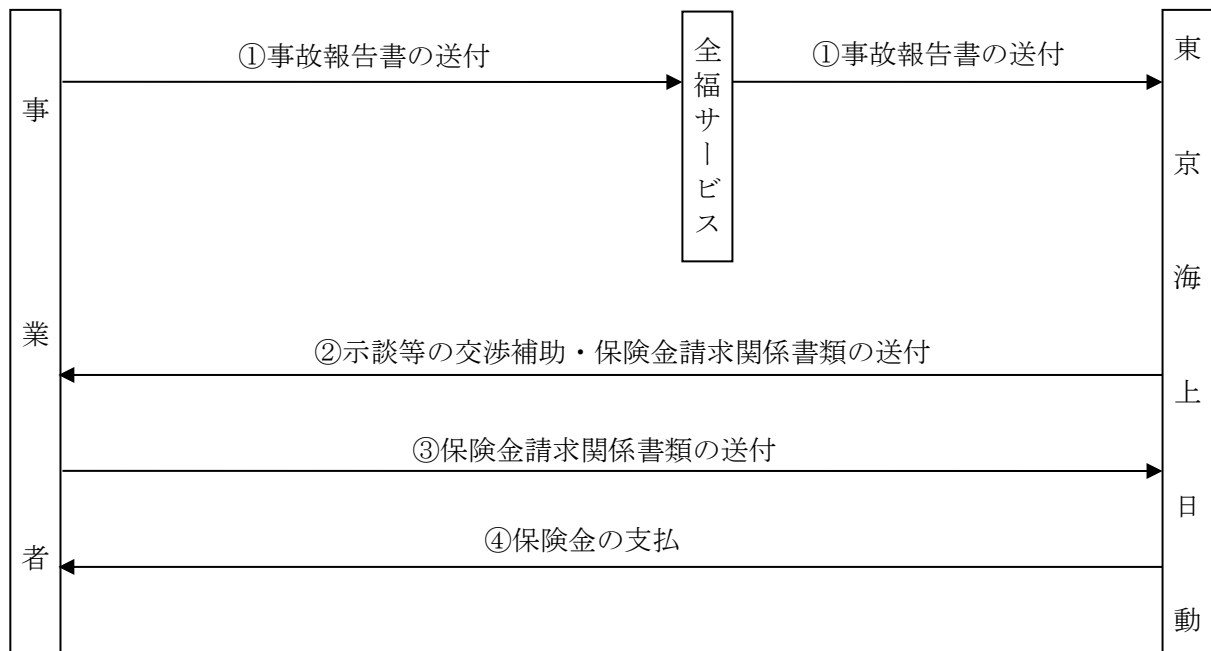
送付された保険金請求関係書類は、同封された記入例に基づき必要事項を記入し所定の場所に記名捺印して、速やかに東京海上日動へ送付してください。提出が遅れますと、保険金支払事務処理に支障をきたし保険金の支払いが遅れることになります。

(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（定められた自己負担額を差し引いた額）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(株)全福サービスに保険金の支払通知が送付されます。

参考：事故発生時の手続きの流れ



3 保険代理店及び東京海上日動所在地等

保険代理店（申込み書類の送付先・事故受付・補償内容に関するお問い合わせ）

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

T E L : 03-3252-2035

F A X : 03-3258-8878

幹事引受東京海上日動

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

T E L : 03-3515-4124

F A X : 03-3515-4125

※事故対応に関するお問い合わせは、事故受付時に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。

※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

(公財)介護労働安定センター 介護事業者賠償責任補償
中途脱退報告書

年 月 日

		コード番号						
法人名								
事業所名								
代表者名								印
所在地	〒							
		TEL:		-		-		

◎返還保険料(計算内訳)

脱退の届けのあった翌月 から8月までの加入残月	脱退者数 (加入時の人数)	保険料	返戻額
ヶ月	人	300円	円
ヶ月	人	600円	円
合計			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
返 還 先	金融機関	(金融機関コード:)
	本支店名	(支店コード:)
	預金種目(いずれかに○)	1. 普通 2. 当座 3. その他()
	口座番号	
	口座名義 (カタカナでご記入ください)	

※ご解約の理由について、下記該当項目にチェックを入れてください。また、
 その他の場合は、可能な範囲で理由をご記入ください。

理由: 他の保険に加入したため 事業休止等のため その他
 (その他の理由:)

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。

(公財)介護労働安定センター 介護事業者賠償責任補償 変更届

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。

統合 統合の場合は、統合に○をし、旧内容欄に統合前の全てのコード番号を記入し、新内容欄に統合後に登録する事業者名等を記入し、統合後に使用するコード番号を1つ選んで記入してください。

変更事項	旧内容	新内容	変更年月日
コード番号			
都道府県			
フリガナ			
法人・事業所名			
フリガナ			
代表者名			
所在地	〒	〒	
電話番号	— —	— —	
FAX 番号	— —	— —	
サービスの追加等	※補償加入時以降の新規事業追加時に、新たな従業員の雇用がない場合は、右に追加のサービス・事業所名をご記入のうえご提出ください。	介護保険法に基づくサービス	
		障害者総合支援法に基づくサービス	
		児童福祉法に基づくサービス	

上記のとおり変更しますので、報告します。

令和 年 月 日

法人・
事業所名

代表者名

印

受付

記入上の注意

1. 本用紙は、コピー使用可
2. 加入申込み後、加入依頼書に記載した内容に変更等が生じた場合は、
株全福サービスまで本変更届の提出をお願いいたします。

(個人情報利用目的) 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。

(FAX 送信先):株式会社全福サービス(03-3258-8878)

介護事業者賠償責任補償事故報告書 (人身・物損・経済的事故)

報告日 年 月 日

分かる範囲でできるだけ具体的にご記入下さい。

	コード番号	B					
法人 事業所名							担当者
所在地							TEL
被害者氏名							年齢 男・女
住所							TEL
事故日時	年	月	日	(午前・午後	時	分頃)	
事故場所							
事故のあったサービス (該当に○をしてください)	○ 下記サービス以外						(社内使用・証券番号)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ { ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・住宅型有料老人ホーム ・サービス付き高齢者向け住宅 						(同 上)
人身事故の場合こちらにご記入ください。(該当項目に○をしてください)							
事故発生場所	①居室 ②廊下 ③食堂 ④浴室 ⑤トイレ ⑥送迎中 ⑦その他 ()						
事故形態	①転倒 ②転落 ③誤嚥 ④その他 ()						
ケガの内容	①骨折 ②打撲 ③すり傷 ④やけど ⑤窒息 ⑥死亡 ⑦その他 ()						
事故時の状況	①介助中 ②単独で行動中 ③付添・リハビリ中 ④その他 ()						
事故状況詳細							
物損事故・ケアプラン作成ミス等の場合こちらにご記入ください。(該当項目に○をしてください)							
事故発生場所	①利用者宅 ②事業所内 ③その他 ()						
事故形態	①破損 ②紛失 ③盗難 ④ケアプラン作成ミス ⑤その他 ()						
事故時の状況	①介助中 ②食事中 ③清掃中 ④洗濯中 ⑤その他 ()						
事故状況詳細							
損害物について				受傷者について			
購入日:	年	月	日	既往症・認知症の有無			
購入金額:				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 (修理見積り 円)				入・通院見込み:			
交渉状況 (乙からの要求の有無 内容)				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。