

(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加入依頼書

赤線枠内をご記入ください。

保険期間	年間加入の場合：2020年9月1日午前0時～2021年8月31日午後12時 中途加入の場合：パンフレット記載の保険期間部分をご確認ください。	コード番号					
1	該当項目に✓をつけてください(必須)	<input type="checkbox"/> 更新⇒住所等登録内容の変更 有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input checked="" type="checkbox"/> 事業追加			
2	同封のパンフレット記載の「対象となるサービス」一覧で、補償対象となるサービスをご確認 いただきましたら、右の赤枠内に✓をつけてください。						<input checked="" type="checkbox"/>
3	加入保険料：下記のご案内にしたがって算出のうえ、ご記入ください。						

STEP 1：以下の「保険料算出の基礎となる人数」算出時の注意点をご確認ください。

- ① 直近の4月1日～3月31日の期間の平均値(1名あたり1人と数えます。)で算出してください。
- ② 最近の会計年度の実績がない(新しい事業者の場合)は、見込みの人数を記入してください。
- ③ AのサービスとBのサービスの両方に従事される役職員の方は、両方に1名ずつカウントしてください。

STEP 2：☆指定を受けているサービスあるいは実施されているサービスをご確認ください。詳細はパンフレット p.3 をご参照ください。

A	①居宅介護サービス	⑥介護予防支援	⑨公的介護対象外在宅サービスその他
	②居宅介護支援	⑦障害者総合支援法に基づくサービス	⑩児童福祉法に基づくサービス
B	③地域密着型介護サービス	⑧介護予防・日常生活支援総合事業 におけるサービス	※⑨⑩のサービスは①～⑧のサービスと同時に事業を行う場合に対象となります。⑨⑩のみを行う場合はご加入いただけません。
	④介護予防サービス		
	⑤地域密着型介護予防サービス		

上記①～⑩のサービスを実施されている場合

保険料算出の基礎となる人数☆	介護に従事する理事・役員 <input type="text"/> 人	+	介護に従事するすべての人数 <input type="text"/> 人	=	<input type="text"/> 人
	※加入時の申告人数が実際の人数に不足している場合、保険金を削減して支払う可能性があります。				
加入保険料	単価 300円 × <input type="text"/> ケ月 × <input type="text"/> 人	=	掛金(保険料)合計 <input type="text"/> 円		
	(<input type="text"/> 月～8月31日)			(一括払)	

※⑪⑫のサービスは上記①～⑧のサービスと同時に事業を行う場合に対象となります。⑪⑫のみを行う場合はご加入いただけません。

B	⑪施設サービス	⑫その他介護保険サービス以外の居住施設サービス
---	---------	-------------------------

上記⑪～⑫のサービスを実施されている場合

保険料算出の基礎となる人数☆	常勤換算人数 <input type="text"/> 人	※常勤換算人数は第2週目を基準として算出してください。			
	参考(<input type="text"/> 人) 昨年度人数	※小数点以下は切り上げて算出してください。			
	※加入時の申告人数が実際の人数に不足している場合、保険金を削減して支払う可能性があります。				
加入保険料	単価 600円 × <input type="text"/> ケ月 × <input type="text"/> 人	=	掛金(保険料)合計 <input type="text"/> 円		
	(<input type="text"/> 月～8月31日)			(一括払)	

各項目にご記入ください。

4 告知事項申告欄★					
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、その具体的な内容をご記入ください。	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。）。			

☆ ※ 加入者兼記名被保険者	法人・事業所名	フリガナ	～ご加入時の確認事項～		
		TEL :	FAX :	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、下記「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。	
		メールアドレス :	@	印	
		代表者名			
所在地	〒	法人印 ご加入時の確認事項確認印兼用			
6 本手続きに関するお問い合わせ先（担当者）		氏名	TEL		
		メールアドレス	@		

★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。これらの表示が事実と異なる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。

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、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。

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。

受付

パンフレット内の【加入の際の注意事項】をご確認のうえ、お申込みください。

幹事保険会社：東京海上日動火災保険株式会社

インターネットでお振込みの場合、
別紙で振込完了画面のコピーを添付してください。

保険料算出について

① 居宅介護サービス（介護保険指定事業で下記②の施設サービスを除く）

・年間加入

（介護に従事する理事・役員＋介護に従事するすべての人数）×年額 3,600円

＝年間保険料

● 保険料算出の基礎となる人数（常勤換算ではありません）

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

・新規加入時は、加入時の人数となります。

・更新時の人数は4月1日から3月31日の一年間の平均人数となります。

● 月当たりの平均人数

各月介護サービスに従事した人数の年間平均を算出し、小数点以下を切り上げた人数です。

● 計算例

月当たりの平均人数が下記表の場合

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（小数点切り上げの為）

② 施設介護サービス

（介護老人福祉・介護老人保健施設、住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、のみ）

・年間加入⇒ 常勤換算人数×年額 7,200円＝年間保険料

● 計算式

常勤職員の人数＋（非常勤職員の勤務時間の合計÷常勤職員が勤務するべき時間）

● 計算例

Aさん：常勤（週40時間勤務） Bさん：常勤（週40時間勤務）

Cさん：非常勤（週30時間勤務） Dさん：非常勤（週20時間勤務）

常勤2人＋非常勤【（30時間＋20時間）÷40時間】＝2人＋1.25人＝3.25人⇒切り上げ4人

● 24時間・365日態勢の施設系サービスの場合の留意点

常勤職員のみで対応されていると仮定しても、所定労働時間（1日8時間）をこえると、1日あたり少なくとも8時間勤務の職員が3名必要になります。（24時間÷8時間＝3人）

24時間態勢で1週間（7日）稼働の場合の最低必要人数計算は下記のとおり

24時間×週7日÷40時間＝4.2人⇒切り上げ5人となります。

（※）保険料・常勤換算を自動的に計算するツールを弊社ホームページ【加入サポートコーナー】に掲載していますのでご活用ください。

注意 万が一申告人数に相違が判明した場合、支払保険金が削減されたり、支払われない場合もありますので、正しい人数をご申告下さいますようお願いいたします

介護事業者賠償責任補償

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

00 東京		払込取扱票									
口座記号番号		金額									
00110-3-663884		千 百 十 万 千 百 十 円									
加入者名		料 金								備考	
公益財団法人 介護労働安定センター											
ご依頼人・通信欄		みほん									
〒△△△-△△△△		日 附 印									
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.											
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。											

振替払込請求書兼受領証											
口座記号番号		金額									
00110-3-663884		千 百 十 万 千 百 十 円									
加入者名		おなまえ								様	
公益財団法人 介護労働安定センター		(株)◇◇◇◇								代表者名又は担当者名	
ご依頼人		☎No.									
(消費税込)		日 附 印									
料 金		円									
備 考											

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

介護事業者賠償責任補償 加入依頼書 記入例 (表)

2020年度用

(公財) 介護労働安定センター宛
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 ケア・ワーカー等福祉共済制度
介護事業者賠償責任補償加入依頼書

赤線枠内をご記入ください。

保険期間 年間加入の場合：2020年9月1日午前0時～2021年8月31日午後12時 中途加入の場合：パンフレット記載の保険期間部分をご確認ください。	加入依頼日 年 月 日 コード番号								
1 該当項目に✓をつけてください(必須) <input type="checkbox"/> 更新⇒住所等登録内容の変更 有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 新規									
2 同封のパンフレット記載の「対象となるサービス」一覧で、補償対象となるサービスをご確認いただきましたら、右の赤枠内に✓をつけてください。									
3 加入保険料：下記のご案内にしたがって算出のうえ、ご記入ください。									
STEP 1：以下の「保険料算出の基礎となる人数」算出時の注意点をご確認ください。									
① 直近の4月1日～3月31日の期間の平均値(1名あたり1人と数えます。)で算出してください。 ② 最近の会計年度の実績がない(新しい事業者の場合)は、見込みの人数を記入してください。 ③ AのサービスとBのサービスの両方に従事される役員の方は、両方に1名ずつカウントしてください。									
STEP 2：☆指定を受けているサービスあるいは実施されているサービスをご確認ください。詳細はパンフレットp.3をご参照ください。									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> ①居宅介護サービス ②居宅介護支援 ③地域密着型介護サービス ④介護予防サービス ⑤地域密着型介護予防サービス </td> <td style="width: 33%;"> ⑥介護予防支援 ⑦障害者総合支援法に基づくサービス ⑧介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス </td> <td style="width: 33%;"> ⑨公的介護対象外在宅サービスその他 ⑩児童福祉法に基づくサービス ※⑨⑩のサービスは①～⑧のサービスと同時に事業を行う場合に対象となります。⑨⑩のみを行う場合はご加入いただけません。 </td> </tr> </table>		①居宅介護サービス ②居宅介護支援 ③地域密着型介護サービス ④介護予防サービス ⑤地域密着型介護予防サービス	⑥介護予防支援 ⑦障害者総合支援法に基づくサービス ⑧介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス	⑨公的介護対象外在宅サービスその他 ⑩児童福祉法に基づくサービス ※⑨⑩のサービスは①～⑧のサービスと同時に事業を行う場合に対象となります。⑨⑩のみを行う場合はご加入いただけません。					
①居宅介護サービス ②居宅介護支援 ③地域密着型介護サービス ④介護予防サービス ⑤地域密着型介護予防サービス	⑥介護予防支援 ⑦障害者総合支援法に基づくサービス ⑧介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス	⑨公的介護対象外在宅サービスその他 ⑩児童福祉法に基づくサービス ※⑨⑩のサービスは①～⑧のサービスと同時に事業を行う場合に対象となります。⑨⑩のみを行う場合はご加入いただけません。							
上記①～⑩のサービスを実施されている場合									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"> 保険料算出の基礎となる人数☆ </td> <td style="width: 35%;"> 介護に従事する理事・役員 <input type="text"/> 人 + <input type="text"/> 人 </td> <td style="width: 15%;"> 参考(<input type="text"/> 人) 昨年度人数 </td> <td style="width: 35%;"> ※加入時の申告人数が実際の人数に不足している場合、保険金を削減して支払う可能性があります。 </td> </tr> <tr> <td> 加入保険料 </td> <td> 単価 300円 × <input type="text"/> 月 × <input type="text"/> 人 </td> <td> 掛金(保険料)合計 <input type="text"/> 円 (一括払) </td> <td> (<input type="text"/> 月～8月31日) </td> </tr> </table>		保険料算出の基礎となる人数☆	介護に従事する理事・役員 <input type="text"/> 人 + <input type="text"/> 人	参考(<input type="text"/> 人) 昨年度人数	※加入時の申告人数が実際の人数に不足している場合、保険金を削減して支払う可能性があります。	加入保険料	単価 300円 × <input type="text"/> 月 × <input type="text"/> 人	掛金(保険料)合計 <input type="text"/> 円 (一括払)	(<input type="text"/> 月～8月31日)
保険料算出の基礎となる人数☆	介護に従事する理事・役員 <input type="text"/> 人 + <input type="text"/> 人	参考(<input type="text"/> 人) 昨年度人数	※加入時の申告人数が実際の人数に不足している場合、保険金を削減して支払う可能性があります。						
加入保険料	単価 300円 × <input type="text"/> 月 × <input type="text"/> 人	掛金(保険料)合計 <input type="text"/> 円 (一括払)	(<input type="text"/> 月～8月31日)						
※⑪⑫のサービスは上記①～⑧のサービスと同時に事業を行う場合に対象となります。⑪⑫のみはご加入いただけません。									
上記⑪～⑫のサービスを実施されている場合									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"> 保険料算出の基礎となる人数☆ </td> <td style="width: 35%;"> 常勤換算人数 <input type="text"/> 人 </td> <td style="width: 15%;"> 参考(<input type="text"/> 人) 昨年度人数 </td> <td style="width: 35%;"> ※第2選目を基準として算出(切り上げて算出してください)人数が実際の人数に不足している場合、保険金を削減して支払う可能性があります。 </td> </tr> <tr> <td> 加入保険料 </td> <td> 単価 600円 × <input type="text"/> 月 × <input type="text"/> 人 </td> <td> 掛金(保険料)合計 <input type="text"/> 円 (一括払) </td> <td> (<input type="text"/> 月～8月31日) </td> </tr> </table>		保険料算出の基礎となる人数☆	常勤換算人数 <input type="text"/> 人	参考(<input type="text"/> 人) 昨年度人数	※第2選目を基準として算出(切り上げて算出してください)人数が実際の人数に不足している場合、保険金を削減して支払う可能性があります。	加入保険料	単価 600円 × <input type="text"/> 月 × <input type="text"/> 人	掛金(保険料)合計 <input type="text"/> 円 (一括払)	(<input type="text"/> 月～8月31日)
保険料算出の基礎となる人数☆	常勤換算人数 <input type="text"/> 人	参考(<input type="text"/> 人) 昨年度人数	※第2選目を基準として算出(切り上げて算出してください)人数が実際の人数に不足している場合、保険金を削減して支払う可能性があります。						
加入保険料	単価 600円 × <input type="text"/> 月 × <input type="text"/> 人	掛金(保険料)合計 <input type="text"/> 円 (一括払)	(<input type="text"/> 月～8月31日)						

加入依頼日
加入依頼書作成日または郵便等のご投函日をご記入ください。

(No.) コード番号
新規申込時は記入不要。更新または事業追加時は加入者証等を確認してご記入ください。

(A) ①昨年加入していた場合は「更新」
②新規加入の場合は「新規」
③事業を新たに始める場合は「事業追加」にレ点をして申込ください。

(B) パンフレットの3ページを確認の上、必ずレ点チェックをしてください。

(C) ご利用者様にサービスを提供する機会のある理事・役員の方は必ずご加入ください。

(D) 月に1時間でも介護の仕事に従事される方は1人とカウントしてください。
(注) 常勤換算ではありません。

(E) 加入希望月から8月までの月数をご記入ください。

(F) 人数を常勤換算して算出してください。
※弊社(株)全福サービスのホームページに「常勤換算計算シート」を掲載しておりますのでご活用ください。

裏面もご記入ください

介護事業者賠償責任補償 加入依頼書 記入例 (裏)

各項目にご記入ください。

4 告知事項申告欄★					
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？	左記が「はい」のときは、その具体的な内容をご記入ください。	保険等の種類	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。）	病期日		
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。）			

(G) 告知事項は必ず1. 2. 3の質問事項をお読みいただき、「はい、いいえ」どちらかに○をご記入ください。

5 法人・事業所名		～ご加入時の確認事項～	
フリガナ			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、裏面に記載の「個人情報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。
TEL :		FAX :	
メールアドレス :		@	
代表者名		印	
所在地		法人印または事業所印 ご加入時の確認事項	

6 本手続きに関するお問い合わせ先（担当者）	
氏名	TEL
メールアドレス	@

(H) 法人・事業所名・電話番号・FAX番号・代表者名・所在地等の記載内容をご確認ください。

変更等があった場合は、二重線で抹消して、修正してください。訂正印は不要です。

(I) 必ずご捺印ください

(J) ご担当者様のご連絡先をご記入ください。

★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。これらの表示が事実と異なる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。

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、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買権、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（<http://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。

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。

K

インターネットでお振込みの場合、別紙で振込完了画面のコピーを添付してください。

(K) ゆうちょ銀行の場合は振替払込請求書兼受領証
・ATMの場合は、ご利用明細票等を左記の枠に貼付してください。

・インターネットバンキングの場合は、取引画面を印刷して、加入依頼書と同封してください。

パンフレット内の【加入の際の注意事項】をご確認のうえ、お申込みください。

受付

幹事保険会社：東京海上日動火災保険株式会社