

(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：2021年9月1日午前0時～2022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「対象となる介護業務」一覧で、補償対象となる介護業務をご確認 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場合(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の介護業務とBの介護業務の両方に従事される役職員の方は、Aには1名とカウントし、Bにも常勤換算人数に含めて算出してください。

STEP 2：a.またはb.のうち指定を受けている介護業務あるいは実施されている介護業務をご確認ください。詳細はパンフレットp.3をご参照ください。
「訪問看護」または「下記c.～g.」の業務単独でのご加入はできません。「a.またはb.の業務(訪問看護除く)」と同時に事業を行う場合にご加入いただけます。

- | | | |
|---|---|--|
| A | a. 介護保険法に規定される業務(指定介護老人福祉施設/介護老人保健施設を除く)
b. 障害者総合支援法に規定される業務
c. 高齢者の医療の確保に関する法律・労働者災害補償保険法のほか、健康保険法等の医療保険各法に規定される訪問看護業務 | d. ホームヘルパー、介護支援専門員または福祉用具専門相談員の養成、研修または講習
e. その他 a. から d. までに準ずる業務またはサービス
f. 指定障害児相談支援/児童発達支援/放課後等デイサービス |
|---|---|--|

上記Aの介護業務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 (理事・役員を除く)	<input type="text"/>	人	=	<input type="text"/>	人
		※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。							参考(<input type="text"/> 人) 昨年度人数	
加入保険料	単価 300円	×	<input type="text"/>	ヶ月	×	保険料算出の基礎となる人数 <input type="text"/>	人	=	<input type="text"/>	円
			(<input type="text"/> 月～8月31日)						(一括払)	

- B
- a.のうち指定介護老人福祉施設/介護老人保健施設
g. 住宅型有料老人ホーム/サービス付き高齢者向け住宅

上記Bの介護業務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							
		※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。							参考(<input type="text"/> 人) 昨年度人数	
加入保険料	単価 600円	×	<input type="text"/>	ヶ月	×	保険料算出の基礎となる人数 <input type="text"/>	人	=	<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⑥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
- ⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等（過去の情報を含みます。）をご契約者および加入者に対して提供すること

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。

全ての保険料（賠償・傷害・個人情報漏えい）の振込先は、**貴事業所様専用**の下記口座にお振込みをお願いします。（新規にご加入される場合は別途（株）全福サービスから連絡致します。）

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

介護事業者様用



FAX 送信票

送 信 先：（株）全福サービス

F A X 番 号：03-3258-8878

保険料のお振込先について

保険料の振込先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。

当該用紙にご記入いただき、全福サービスまでFAX送信してください。

のちほど振込先をFAX送付いたします。

法 人 名			
事 業 所 名			
住 所	〒		
電 話 番 号		FAX 番号	
担 当 者 名			
現在指定を受けている、あるいは指定を受ける予定の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等をご記入ください。	例) 訪問介護		

ご希望の保険種類に○をしてください。

介護労働安定センター関係団体保険 保険種類	介護事業者賠償責任補償	
	傷害補償(介護事業者用)制度 *感染症見舞金制度をオプションとしてつけることが出来ます	
	個人情報漏えい保険	

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）の合計人数は前年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 加入依頼書 記入例 (表)

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。

加入依頼日 年 月 日

(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。

2021年度用

(公財) 介護労働安定センター
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

※条件内をご記入ください。

保険期間	年間加入の場合: 2021年9月1日午前0時~2022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	No.	
2	同封のパンフレット記載の「対象となる介護事業者」一覽で、補償対象となる介護事業者をご確認いただきましたら、右の条件内に✓をつけてください。	A	
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。	B	
※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 直近の会計年度の実績がない場合(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の介護事業者とBの介護事業者の両方に従事される役員の方は、Aには1名とカウントし、Bにも常勤換算人数に含めて算出してください。			
※2: aまたはbのうち認定を受けている介護事業者あるいは実施されている介護事業者をご確認ください。詳細はパンフレットp.3をご覧ください。「訪問介護」または「下記c.~g.」の欄格単位でご加入はできません。「a.またはb.の欄格(訪問介護等)」と同時に事業を行う場合にご加入いただけます。			
a. 介護保険法に規定される報酬(認定介護老人福祉施設/介護老人保健施設等) b. 障害者福祉支援法に規定される報酬 c. 高齢者の居るの確保に関する法律・労働者災害補償保険法のほか、健康保険法等の保険料率表に規定される訪問看護報酬		d. ホームヘルパー、介護支援専門員または福祉用具専門相談員の職名、資格または職名 e. その他a.からd.までに属する報酬またはサービス f. 特定障害児相談支援/児童発達支援/放課後等デイサービス	
上記Aの介護事業者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 + <input type="text"/> 人 = <input type="text"/> 人 <small>*小人数以下は切り上げて算出してください。 *加入時の平均人数が算出の人数に不足している場合、保険料を調整して支払う可能性があります。</small>	参考(<input type="text"/> 人) 即年度人数	参考(<input type="text"/> 人) 即年度人数
加入保険料	月額 300円 × <input type="text"/> ケ月 × <input type="text"/> 人 = <input type="text"/> 円 (<input type="text"/> 月~8月31日)	保険料算出の基礎となる人数	料金(保険料)合計 <input type="text"/> 円 (一括払)
※B: a.のうち認定介護老人福祉施設/介護老人保健施設 b. 住宅型有料老人ホーム/サービス付き高齢者向け住宅			
上記Bの介護事業者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 + <input type="text"/> 人 = <input type="text"/> 人 <small>*小人数以下は切り上げて算出してください。 *加入時の平均人数が算出の人数に不足している場合、保険料を調整して支払う可能性があります。</small>	参考(<input type="text"/> 人) 即年度人数	参考(<input type="text"/> 人) 即年度人数
加入保険料	月額 600円 × <input type="text"/> ケ月 × <input type="text"/> 人 = <input type="text"/> 円 (<input type="text"/> 月~8月31日)	保険料算出の基礎となる人数	料金(保険料)合計 <input type="text"/> 円 (一括払)

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)

※項目にご記入ください。

4 告知事項中御覧

<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	1. 他の種類の保険料 約または別項約が ありますか?	上記が「はい」の場合、 その旨約の内容を ご記入ください。	会社名	保険等の種類
<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	2. 本条約で賠償の対象となる 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 締結した別項約の申込みにおいて、 すでに告知いただいたものも 含まれます。)		業種	支払源の種類
<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	3. 本条約で賠償の対象となる 危険について、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 ご存知ですか? (過去に東京海上日動火災と 締結した別項約の申込みにおいて、 すでに告知いただいたものも 含まれます。)			

G

(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

☆ 加入者兼記名被保険者

フリガナ

TEL: FAX:

メールアドレス:

代表者名

所在地

～ご加入時の確認事項～

加入依頼書は、契約書である旨の
記載であることも確認し、印
付してこの保険約への加入を
行います。また、下記「個人
情報の取扱い」の欄について、
事業所全員の同意も確認の上、
行なわれます。

印

ご加入時の確認事項

H

(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。

6 本手続書に関するお問い合わせ先 (担当者)

氏名 TEL

メールアドレス

I

(I) 必ず
ご捺印ください

☆ 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
ご加入を断念することがあります。☆が付された事項 (告知事項) 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
当社にご連絡いただく必要があります。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
が事実と異なる場合は、ご加入を断念することがあります。

J

(J) ご担当者様のご
連絡先をご記入くださ
い。

個人情報の取扱いに関するご案内

保険料約者である企業または個人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会社は、本契約に関する個人情報、保険料の納付、本契約の更新・
展期、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の取扱い、サービスの案内・変更、アンケート等
を行うために利用する他、下記①から④の利用・提供を行うことがあります。なお、各取扱い等の個別化
された情報 (センシティブ情報) の取扱い目的、保険料決定の目的により、第三者への提供の制限その他
必要と認められる制限が課せられています。

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、第三者へ提供 (無条件提供を含まず)、有
限法人、団体機関、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契約の締結、保険金の支払い等の準備をするうえで必要とするために、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会社または引受保険会社委託企業等との間で商品・サービ
スの提供・案内のために、共同して利用すること
④引受保険料の徴収、更新・展期、再保険金支払等を行うために、再引受保険会社に提供すること
その他、引受保険会社等の関係先における保険金の取扱い等に関する取扱い手続や全額保険金の管理・行使のために、
その関係先等に提供すること
⑤本契約に関する保険料等の取扱い、契約の更新等の準備を円滑にするために、保険の付与を受ける方の保険金請求
情報等 (過去の情報を含みます。) をご契約者および加入者に対して提供すること

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確認ください。

全ての保険料 (賠償・傷害・個人情報運
送) の振込先は、貴事業所様専用の下
記口座にお振込みをお願いします。(新
規にご加入される場合は別途 (株) 全権
サービスから連絡致します。)

K

(K) 貴社専用口座をお
知らせしますので、ホ
ムページ掲載の「保険料
のお振込先について」を
弊社まで FAX 送信して
ください。

GMO あおぞらネット銀行
の振込口座をお知らせし
ます。

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

受付