

(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：2022年9月1日午前0時～2023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.～c.の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 d.～g.」の業務単独でのご加入はできません。「a.～c.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. 放課後等デイサービス/指定障害児相談支援/児童発達支援
d. 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 | e. 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
f. その他 a. から e. までに準ずる業務またはサービス |
|---|---|--|

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	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
					(開始月 (<input type="text"/>) 月～8月31日)						(一括払)	

※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。

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	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)	

※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。

各項目にご記入ください。

4 告知事項申告欄★ 各質問の回答が「はい」の場合は、「はい」に○をつけてください。			
<input type="checkbox"/> はい	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 満期日 保険等の種類 支払限度額
<input type="checkbox"/> はい	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。）。		
<input type="checkbox"/> はい	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。）。		

5 ☆ ※ 漢字で記入してください 加入者兼記名被保険者	法人・事業所名	フリガナ 法人名 フリガナ 事業所名 TEL : FAX : メールアドレス : @	~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、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。  法人印 ご加入時の確認事項確認印兼用	
	代表者名	フリガナ 代表者名		
	所在地	〒		
	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、国内外の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。）
 加入依頼書のご送付のみでは補償は開始されず、保険料のお振込みが必要ですのでご注意ください。

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

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しております。

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にてご案内いたします。

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	
	情報漏えい保険	

保険料の算出について

加入依頼書 Step 2 の A に記載する業務の補償

① 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＋雇用人数（職員・パートタイマー・協力会員）の合計人数で、4月1日から3月31日の一年間の平均人数となります。(小数点以下切上げ)

新規事業の場合は、事業開始時における予定人数となります。

・・・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	7人	11人	10人	14人	12人	7人	15人	11人	8人	7人	11人	123人

保険料算出の基礎となる人数・・・ $123人 \div 12ヶ月 = 10.25 \Rightarrow 11人$ (小数点切上)

② 保険料

介護に従事する理事・役員＋介護に従事するすべての人数（上記①の人数）
× 月額 300円 × 加入月から翌年8月までの月数

加入依頼書 Step 2 の B に記載する業務の補償

指定介護老人福祉施設、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

① 保険料算出の基礎となる人数

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）

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＋1.25＝3.25人⇒4人に切上げ

② 保険料

常勤換算人数×月額600円×加入月から翌年8月までの月数

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)

2022年度用

(公財) 介護労働安定センター発
提出先: 株式会社全福サービス

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 介護事業者賠償責任補償加入依頼書 新規加入時はコード番号の記入は不要です。

※条件内をご記入ください。

保険期間	年間加入の場合: 2022年9月1日午前0時~2023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 type="checkbox"/> 事業追加
2	同封のパンフレット記載の「対象となる介護事業者」一覧で、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。		<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。		
<p>※1: 以下の「保険料算出の基礎となる人数」算出時の注意点を確認ください。</p> <p>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従業員の方は、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。</p> <p>※2: a~cの指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をご参照ください。「[B]欄」または「[C]欄」の指定事項でのご記入はできません。「a~c」の指定(既述事項)と同時に事業を行う場合にはご記入いただけます。</p> <p>A</p> <p>a. 介護保険法に規定される職种(専任介護老人福祉施設/介護老人福祉施設等専任) b. 障害者総合支援法に規定される職种 c. 放課後等デイサービス/指定障害児相談支援/児童発達支援 d. 高齢者の医療の確保に関する法律(高齢者医療関係者)のほか、健康保険法等の医療関係者に規定される訪問看護職等</p> <p>e. 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种、研修または講習 f. その他 a. から e. までに挙げる職种またはサービス</p> <p>上記Aの介護事業者を実施されている場合</p> <p>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(常勤・役員を除く) <input type="text"/> 人 = <input type="text"/> 人</p> <p>※小人数以下は切り上げて算出してください。 ※加入月の平均人数が前年の人数に不足している場合、前年を基礎として算出が可能です。</p> <p>加入保険料 300円 × <input type="text"/> ヶ月 × <input type="text"/> 人 = <input type="text"/> 円 (一納払)</p> <p>(開始月 () 月~8月31日)</p> <p>B a. 加入希望月から8月までの月数をご記入ください。</p> <p>上記Bの介護事業者を実施されている場合</p> <p>常勤換算人数 <input type="text"/> 人</p> <p>※小人数以下は切り上げて算出してください。 ※加入月の平均人数が前年の人数に不足している場合、前年を基礎として算出が可能です。</p> <p>加入保険料 600円 × <input type="text"/> ヶ月 × <input type="text"/> 人 = <input type="text"/> 円 (一納払)</p> <p>() 月~8月31日)</p>			

1 ・新規・更新・事業追加のうち該当する項目にチェックをしてください。

2 パンフレットの3ページを確認の上、必ずポイントチェックをしてください。

3 A欄の介護業務の場合
前年4月1日から3月31日までの1年間の平均人数になります。
・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。
※これから事業を開設される場合は、開設時における予定人数を基礎人数としてください。

B欄の介護業務の場合
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 告知事項中告知★ 各質問の回答が「はい」の場合は、「はい」に○をつけてください。

はい	1. 他の何種の告知契約または火災保険契約が取りま すか?	正記が「はい」の場合、 その具体的な内容を下記 に入ってください。	会社名	保険等の種類
はい	2. 本補償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告知契約の申込み時において、すでに告知いただいたものも含まれます。)?		業種	支払保険額
はい	3. 本補償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知っていますか (過去に東京海上日動火災と締結した告知契約の申込み時において、すでに告知いただいたものも含まれます。)?			

4 告知事項に該当があれば、「はい」に○をして必要項目をご記入下さい。

5 ☆ 加入者様で記入してください

フリガナ	フリガナ	～ご加入時の確認事項～ 加入依頼書は、有効なものである期間の有効であることを確認し、同時に併せてこの告知契約への加入を承諾します。また、下記「個人情報等の取り扱いに関するご案内」の件数について、事業概要全体の概要を確認の上、同意いたします。
法人名	フリガナ	
フリガナ	フリガナ	印
事業所名	フリガナ	
TEL:	FAX:	
メールアドレス:		
フリガナ	フリガナ	印 法人印 ご加入時の確認事項確認印専用
代表者名	フリガナ	
〒	フリガナ	

5 法人・事業所名・電話番号・FAX番号・代表者名・所在地等もれなくご記入いただき法人印を必ずご捺印ください。
ご記入の住所に今後加入者証等が届きます。

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	

6 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、ご加入を拒絶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または、本契約に関する個人情報、保険引受の機能、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・発注、アンケート等を行うために利用する他、下記「個人情報の利用・発注を行うこと」が、本契約の他の告知事項 (センシティブ情報) の利用目的、保護目的により、業務の遂行や業務の改善その他の必要と認められる範囲に提供されます。

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で、業務委託先 (取扱代理店を含みます。)、関係法人、関係機関、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、保険金支払い等の判断を行う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または引受保険会社関係先企業等との間で商品・サービス等の案内・発注のために、共同して利用すること
④付帯サービスの提供、更新・管理、関係先企業等に利用するために、関係先企業等に提供すること
⑤業務、商品等の改善等における関係者の意見等に関する業務手続や関係者の管理・行状のために、その関係者に提供すること
⑥告知契約に係る保険引受の事務等、契約の遂行や運用のために、保険の対象となる方の無断で個人情報を (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 (融資・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) 全権サービスから連絡致します。)
加入依頼書のご送付のみでは補償は開始されず、保険料のお振込みが必要ですのでご注意ください。

貴社専用口座をお知らせしますので、ホームページ掲載の「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 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。
幹事有限会社：東京海上日動火災保険株式会社

受付