

(公財) 介護労働安定センター
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：2024 年 9 月 1 日午前 0 時～2025 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)	☐ 更新⇒住所等登録内容の変更 有 ・ 無	☒ 新規	☒ 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。	☒		
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。

- 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。
- 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。
- 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. までは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	人	+	(理事・役員を除く) 介護に従事する すべての人数	人	=	人	参考 (人) 昨年度人数
加入保険料	単価 300 円	×	ヶ月	×	保険料算出の基礎となる人数 人	=	円	掛金（保険料）合計 (A)
(開始月 () 月～8 月 31 日)								

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	人	参考 (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	×	ヶ月	×	保険料算出の基礎となる人数 人	=	円	掛金（保険料）合計 (B)
(月～8 月 31 日)								

合計保険料
(A)+(B)

円

裏面もご記入ください

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。				
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	保険等の種類
			満期日	支払限度額
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。）。			
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 ☆※ 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～ 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。
		法人名	
		フリガナ	
		事業所名	
	TEL：	FAX：	
	メールアドレス：	@	
代表者名	フリガナ	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 (又は携帯番号)
	送付先住所 (上記住所と異なる場合、ご記入ください)	〒
	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へ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、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。

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



FAX 送信票

送 信 先：（株）全福サービス

F A X 番 号：03-3258-8878

保険料のお振込み先は、法人様ごとに口座番号を設定しております。

新規お申込み、または専用口座がご不明な場合は、下記にご記入の上、加入依頼書とともに全福サービスまで FAX 送信してください。のちほど振込先をご案内いたします。

該当の項目にレを付けてください	☐ 更新	☐ 新規	☐ 事業追加
法 人 名			
事 業 所 名			
住 所	〒		
電 話 番 号			
ご希望の口座の 連絡先に○を してください		FAX 番号	
		Mail アドレス	
担 当 者 様			
◆新規お申込みの場合◆ 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	
連絡事項			

介護事業者賠償責任補償 加入依頼書 記入例 (表)

ご記入、ご捺印後、加入依頼書を FAX (03-3258-8878)、または
郵送にてご提出ください。

2024 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

加入依頼日 年 月 日

(公財) 介護労働安定センター
介護事業者賠償責任補償加入依頼書

新規お申し込み時は、コード
番号の記入は不要です。

赤線枠内をご記入ください。

保険期間 年間加入の場合: 2024 年 9 月 1 日午前 0 時~ 2025 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)	☐ 更新⇒住所等登録内容の変更 有・無	☐ 新規	☐ 事業追
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。			
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。			

昨年加入していた場合は
「更新」
新規加入の場合は「新規」
事業を新たに始める場合は
「事業追加」になります

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。

パンフレットの 3 ページを
必ずチェックをしてくだ
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. 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) | e. ホームヘルパー、介護支援専門員または福祉用具 |
| b. 障害者総合支援法に規定される業務 | 専門相談員の養成、研修または講習 |
| 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 | f. その他 a. から e. までに準ずる業務またはサービス |
| 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 | |

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	人	+	(理事・役員を除く) 介護に従事する すべての人数	人	=	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。							
加入保険料	単価 300 円	×	ヶ月	×	保険料算出の基礎となる人数	=	掛金 (保険料) 合計 (A) 円
(開始月 () 月~ 8 月 31 日)							

前年度に介護に従事された
方の月平均人数を算出して
ください。

新規開所前の申込みの場合
は、見込みの人数になりま
す。

B a. のうち指定介護老人福祉施設/介護老人保健施設

補償開始希望月から 8 月までの
月数をご記入ください。

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	人	×	ヶ月	=	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。							
加入保険料	単価 600 円	×	ヶ月	×	保険料算出の基礎となる人数	=	掛金 (保険料) 合計 (B) 円
() 月~ 8 月 31 日							

常勤換算人数を算出して
ご記入ください。

裏面もご記入ください

合計保険料
(A)+(B)

A, B の合計額をご記入く
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★ 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. 他の同種の保険または共済契約がありますか？	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。	保険等の種類
☐ はい	2. 本保険で補償の申込み時において、すでに東京海上日動火災と締結した保険契約の申		支払限度額
☐ はい	3. 本保険で補償の日動火災と締結した保険契約が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		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
			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

5 ☆ 加入者兼記名被保険者 ※漢字で記入してください	法人・事業所名	フリガナ	フリガナ	～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」内容について、被保険者の上、同意した	
	事業所名	法人全体でご加入の場合は、事業所名の記載は任意です。			
	TEL :		FAX :		
	メールアドレス :		@		
	代表者名	フリガナ	代表者名		
	所在地	〒			加入者証に記載される住所です
				印 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 (又は携帯番号)	
	送付先住所 (上記住所と異なる場合ご記入ください)	加入者証などの送付先が異なる場合はご記入ください		
	メールアドレス		@	

貴社専用口座をお知らせしますので、「保険料のお振込先について」とともに弊社までFAX 送信してください。

折返し、指定のお振込口座をご案内いたします。

メールでの案内をご希望の場合は、「保険料のお振込み先について」にその旨とメールアドレスをご記入ください。

よくあるご質問

事業所名はすべて記入が必要ですか

法人全体でご加入の場合は、事業所名は必須ではありません。

一部の事業所のみでご加入の場合は、対象の事業所名をすべてご記入ください。

加入者証はいつ発行されますか？

お手続きが完了した翌月中旬頃に保険会社から加入者証が発送されます。

保険料欄の記入について

パンフレット3ページ「1. 保険料算出方法」も参考にしてください。

加入するサービスが

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 介護老人福祉施設
住宅型有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅 のいずれか

いいえ

保険料単価は 300円です。（300円×月数）
2023年4月から2024年3月の間の、介護に従事された方の月平均人数を申告してください。
※実績が1年未満の場合は、把握可能な月数の平均人数になります。
※ 小数点以下 切上げです。

はい

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	1	人 + (理事・役員を除く) 介護に従事するすべての人数	13 人 = 14 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。				
加入保険料	単価	300 円 × 12 ヶ月 ×	保険料算出の基礎となる人数	掛金（保険料）合計
		(開始月 (9) 月～8月31日)	14 人	50,400 円 (A)

保険料単価は 600円です。（600円×月数）

常勤換算人数を申告してください。

常勤換算人数＝

常勤職員の人数 + {非常勤職員の勤務時間合計 ÷ 常勤職員の勤務時間}

※ 小数点以下 切上げです。

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	5	人	参考 () 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 × 12 ヶ月 ×	保険料算出の基礎となる人数	掛金（保険料）合計
		(9 月～8月31日)	5 人	36,000 円 (B)