2026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
FAX番号：03-3258-8878

加入依頼日　　年　　月　　日

（公財）介護労働安定センター
総合補償制度加入依頼書

法人コード	
事業所コード	

赤線枠内をご記入ください。

保険期間	年間加入の場合：2026 年 9 月 1 日午前 0 時～ 2027 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。

1 加入保険料：各補償の加入有無をご検討いただき、ご記入ください。

◎保険料算出の基礎となる人数★

該当するチェック欄にチェックをしてください	法人単位で加入 ☐	事業所単位で加入 ☐
	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住宅	左記のサービスの人数を含む ☐

※2025年4月1日～2026年3月31日の期間の平均値で算出してください。

介護に従事する事業主・役員・理事 ＿＿＿ 人 ＋ 介護に従事するすべての職員 ＿＿＿ 人 ＝ (a) ＿＿＿ 人

加入を希望するプランに○をしてください。

①介護事業者賠償責任補償

		2027年8月までの月数		(a)		(A)
○	賠責補償 加入保険料	300円× ＿＿＿ ケ月	×	＿＿＿ 人	＝	＿＿＿ 円
○	賠責補償+カスハラ対応特約 加入保険料	330円× ＿＿＿ ケ月	×	＿＿＿ 人	＝	＿＿＿ 円
○	賠責補償+雇用関連賠償責任補償 加入保険料	550円× ＿＿＿ ケ月	×	＿＿＿ 人	＝	＿＿＿ 円
○	賠責補償+雇用関連賠償責任補償 +カスハラ対応特約加入保険料	580円× ＿＿＿ ケ月	×	＿＿＿ 人	＝	＿＿＿ 円

介護事業者賠償責任補償については、下記の業務は単独でのご加入はできません。

A	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
B	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
C	公的介護保険対象外の上乗せ・横出し・独自サービス（障害者総合支援法に基づく障害者保証サービスを含みます。）等
D	住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅

②傷害補償制度・感染症見舞金制度

傷害補償制度のみか感染症見舞金制度付帯のどちらかを選択ください。感染症見舞金のみの加入はできません。

		2027年8月までの月数		(a)☆(被保険者数)		(B)
○	傷害補償制度のみ 加入保険料	350円× ＿＿＿ ケ月	×	＿＿＿ 人	＝	＿＿＿ 円
○	傷害補償制度+感染症見舞金制度 加入保険料	380円× ＿＿＿ ケ月	×	＿＿＿ 人	＝	＿＿＿ 円

③サイバーリスク保険（情報漏えい限定補償プラン）

※◎で算出頂いた人数が含まれる保険料プランをご確認頂き、(b)にタイプ名を、(C)に保険料をご記載ください。

(b) ＿＿＿ タイプ ＝ (C) ＿＿＿ 円

裏面もご記入ください

※中途加入をご希望の際は、代理店にお問い合わせいただくか、全福サービスホームページの料金表をご確認ください。

合計保険料
(A) + (B) + (C) ＝ 円

サイバーリスク保険　年間保険料

(a)の人数	年間保険料			(a)の人数	年間保険料		
	Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ		Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ
1~10	20,350	16,070	12,860	51~60	122,090	96,390	77,170
11~20	40,700	32,130	25,720	61~70	142,440	112,460	90,040
21~30	61,050	48,200	38,590	71~80	162,790	128,520	102,900
31~40	81,400	64,260	51,450	81~90	183,140	144,590	115,760
41~50	101,750	80,330	64,310	91~100	203,490	160,650	128,620

各項目にご記入ください。

2 ☆加入者兼被保険者（※漢字で記入してください）

法人・事業所名	フリガナ 法人名 フリガナ 事業所名
TEL：	FAX：
代表者名	フリガナ 代表者名
所在地	〒

～ご加入時の確認事項～

加入依頼者は、契約者である団体に登録された介護事業者であること・重要事項説明書の内容・ご加入内容確認事項の内容を確認し、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。

印

法人印
ご加入時の確認事項確認印兼用

3 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）	FAX：
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	@		

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。

ご回答が必要な告知事項は以下の通りです。
介護事業者賠償責任補償（オプション含む）を加入希望の場合：1.2.3.
傷害補償制度・感染症見舞金制度を加入希望の場合：1.4.5.
全ての補償を加入希望の場合：1.2.3.4.5
傷害補償制度（オプションを含まない）を加入希望の場合：1.
サイバーリスク保険のみ加入希望の場合：1.2.3.

共通	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？ 他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。	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
介護事業者賠償責任補償 サイバーリスク保険	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。）。			
感染症見舞金	はい	4．本契約の対象となる約定について、それを履行すべき事由が過去5年以内に発生したことがありますか（過去に当会社と締結した保険契約の申込時において、すでに告知いただいたものを除きます。）。			
	はい	5．本契約の対象となる約定について、それを履行すべき事由の原因が既に発生していることを知っていますか（過去に当会社と締結した保険契約の申込時において、すでに告知いただいたものを除きます。）。			

6．上記2,3,4,5のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入してください。

★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。

介護サービス事業者賠償責任保険、サイバーリスク保険、約定履行費用保険：
ご加入後に加入依頼書等に☆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、すみやかにご加入の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。

施設賠償責任保険・雇用関連賠償責任担保特約条項：
ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項（通知事項）に内容の変更が生じた場合は、遅滞なくご加入の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、ご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。

総合生活保険（傷害補償）：
★や☆のマークが付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）ですので、正確に記載してください（東京海上日動の代理店には、告知受領権があります。）。お答えいただいた内容が事実と異なる場合や告知事項について事実を記載しない場合は、ご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。

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、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

パンフレットをご確認のうえ、お申し込みください。

幹事保険会社：東京海上日動火災保険株式会社

26T-000333　2026年6月作成

ＦＡＸ送信票

送　信　先：（株）全福サービス
ＦＡＸ番号：０３－３２５８－８８７８

介護労働安定センター　総合補償制度

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**振込口座をご案内いたします。**

法　人　名			
事 業 所 名			
住　　所	〒		
電 話 番 号		FAX 番号	
担 当 者 名			
振込口座を FAX またはメールでご案内いたしますので、いずれかをご記入ください。	FAX		
	メール		
※必須 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		

備考欄