

2021 年度  
2021 年 4 月以降版

公益財団法人介護労働安定センター  
傷害補償（介護事業者用）制度の事務手引き  
（感染症見舞金制度の事務手引き）

（株）全福サービスホームページのご案内 [URL:https://www.zenpuku.co.jp/](https://www.zenpuku.co.jp/)

弊社ホームページの「書類ダウンロード」から下記様式がダウンロードできます。

- ① 加入依頼書 ②保険料の振り込みについて ③パンフレット
- ④事故報告書 ⑤事故報告書（感染症見舞金制度用）

※ご加入時手続き、及び加入後の手続き（事故発生時等）に必要なお手続きについての手引となっておりますので、パンフレット・加入依頼書と一緒に大切に保管してください。

## 目次

1	加入手続きの流れ .....	2
2	加入依頼書の記入例 .....	3
3	加入後のお手続きについて .....	4
4	事故発生時の手続きの流れ（傷害補償） .....	5
5	事故発生時の手続きの流れ（感染症見舞金制度） .....	6

## 1 加入手続きの流れ

### (1) 加入時の必要書類

① 傷害補償（介護事業者用）加入依頼書
記入例をご参考のうえ、もれなくご記入いただき、法人印をご捺印の上、3月26日までに郵送お願いいたします。（中途加入の場合は加入月の前月末日着まで）
② 感染症補償規程（感染症見舞金制度にご加入の場合）
事業所名及び代表者名等必要事項を記入し、 <b>2枚目を提出</b> してください。 ※1枚目は従業員への通知用として事業所で控えてください。

### (2) 保険料の払込方法

「年掛」のみとなりますので、人数分の年間保険料をお振込みください。

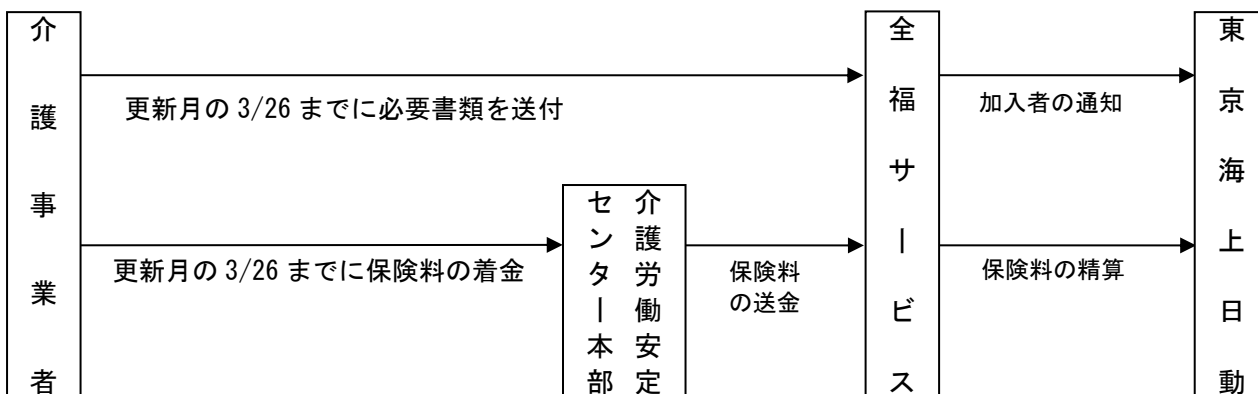
年度途中の人数増減の報告は不要となります。

### (3) 保険料の送金について

別途ご案内する専用の口座へお振込みください。専用口座は継続加入の場合は更新のご案内に同封しています。新規または中途加入の場合は取扱代理店(株)全福サービスまでお問い合わせください。

必ず加入する月の3月26日まで着金するようお振込みください。

### (4) 加入手続きの流れ



### (5) 書類の提出先（取扱代理店）

株式会社 全福サービス

所在地：〒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

TEL：03-3252-2035 FAX：03-3258-8878

## 2 加入依頼書の記入例

### 傷害補償（介護事業者用）加入依頼書の記入例

新規加入時、更新時は 加入依頼書を必ずご郵送ください

**2021年度用**  
 (公財)介護労働安定センター中核(書類提出先:(株)全額サービス) 引当保険会社 東京海上日動火災保険株式会社  
 締切: 毎月15日(日)前末日必置(休日の場合は、その前日) 加入依頼日: 年 月 日

**(公財)介護労働安定センター傷害補償(介護事業者用)制度 加入依頼書**  
 (感染症見舞金制度 加入依頼書)

1 **【チェック欄】** ①パンフレット記載の「対象事業」である旨を確認のうえ、チェックをしてください。

2 加入保険 ④4,200円: 傷害補償(介護事業者用)制度に加入 ④4,580円: 傷害補償(介護事業者用)制度と感染症見舞金制度に加入  
 ②350円プラン又は380円プラン (「感染症見舞金制度」追加)をお選びください

3 法人・事業所名 代表者名 (フリガナ) トキョウカイ'ヨウ'ニド'カイ'サービス 東海日動介護サービス 法人印  
 法人・事業所所在地 〒101-0041 東京都千代田区神田須田町1-4-8 NCO 神田須田町5F TEL 03-1234-5678 FAX 03-1234-5678  
 ③法人名、事業所名、代表者名等ご記入のうえ、法人印をご捺印ください。

4 被保険者算出の基礎となる人数 ④対象となる方の範囲を選択してください。  
 被保険者数(★1) (役員・事業主  名 + 職員  名) = 合計  名  
 ⑤上記④の対象となる加入人数をご記入ください。

5 保険料 年間加入 ※2021年度より、保険料抽出方法は年費のみとなりました。  
 ④4,200円 ×  名 =  円  
 ④4,580円 ×  名 =  円 (感染症見舞金制度追加加入プラン)  
 中途加入 ※月数は、お支払の翌月から翌3月までの月数をご記入ください。  
 ③50円 ×  名 ×  ヶ月 =  円  
 ③80円 ×  名 ×  ヶ月 =  円  
 ⑥<年間加入の場合> 上記⑤の人数で保険料を算出してください。  
 <中途加入の場合> 上記⑤の人数に翌年3月までの月数を乗じてください。

7 ⑦他の傷害補償の保険、共済にご加入の場合のみ、 あり  なし に丸をして裏面に詳細をご記入ください

8 ⑧「感染症見舞金制度」にご加入の場合のみ、告知欄をご記入ください。

毎月の被保険者名簿のご記入・ご提出は不要ですが、  
 常時ご提出いただける状態で備え付けいただきますようお願いいたします

### 3 加入後のお手続きについて

#### (1) 法人・事業所情報の変更

印字加入依頼書に変更箇所を訂正のうえ、ご提出いただく必要がございます。なお、感染症見舞金制度にご加入の場合は、規程の再提出も必要となりますので、加入依頼書と一緒にご提出ください。

#### (2) 法人変更

現契約をご解約後、新法人にて新たにご加入手続きが必要となります。

#### (3) 解約

解約をご希望の場合は(株)全福サービスへご連絡ください。

返戻金につきましては東京海上日動火災(株)より返金致します。

## 4 事故発生時の手続きの流れ（傷害補償）

### （1）事故報告書の作成と提出

介護労働者に事故が発生した場合は、介護事業者は就業中または通勤途上の事故である旨を確認し、「傷害補償（介護事業者用）事故報告書」（以下「事故報告書」という。）を介護労働者と協力の下に作成し、事故発生月の名簿と合わせて㈱全福サービスに FAX（03-3258-8878）にて報告してください。

（株）全福サービスは、事故報告書の記載内容を確認したうえで、ただちに東京海上日動火災保険（株）（以下、保険会社という。）に報告します。

**※ケガをされた方が役員・事業主の場合は、サービス実施記録、シフト表、勤務管理表のいずれか介護業務に従事中であったことが確認できる資料を必ず添付してください。この資料がなかった場合は、保険金を支払えないことがございます。**

※1 「事故報告書」の様式は、本手引き 8 ページに掲載しています。

作成にあたっては、特に「就業中の事故確認欄」の確認者の署名・捺印及び「事業所受付印」欄への捺印を忘れないようにしてください。

※2 事故報告の連絡が遅れた場合には、事故状況の確認に時間がかかり、保険金のお支払が遅れる可能性がございます。また、保険金請求権には時効（3年）がありますのでご注意ください。

### （2）保険金請求関係書類の送付

保険会社の事故対応担当者は、事故報告書の受領後、保険金請求関係書類を介護事業者に送付します。（保険金請求関係書類が介護事業者に送付されるまで数日掛かります。また、大きな事故の場合には、これに調査期間が加わります。）

### （3）保険金請求関係書類の提出

傷害の治療が終了したら、保険金請求関係書類を介護労働者と介護事業者の協力の下に直ちに作成して、保険会社に送付してください。提出が遅れますと、保険金の支払いが遅延します。

### （4）保険金の支払い

保険金請求書関係書類が提出されますと、その請求書類に基づき保険金が算定され、直接介護労働者の指定する口座に振り込みます。指定口座へ保険金が振り込まれると、保険会社より保険金の支払先（従業員）、㈱全福サービスに保険金の支払通知がなされます。

## 5 事故発生時の手続きの流れ（感染症見舞金制度）

### （1）事故の発生時

- ①介護事業者は、感染症事故が発生したら、状況を把握し、必要な連絡・緊急措置を行い、感染者の安全の確保を行います。この緊急措置の際に、他の介護労働者への感染を防ぐために要した費用については、損害防止費用（パンフレットを参照ください。）として保険の対象となる場合がありますので、念のため領収証を保管してください。
- ②介護事業者は、感染症に罹患した介護労働者に、医師の治療を受けた際に対象となる感染症（パンフレットを参照ください。）であるかを確認するように指導してください。

### （2）事故報告書の作成と提出

- ①介護事業者は、対象となる感染症であることが確認されたら、直ちに「事故報告書」を作成し、事故発生月の名簿と合わせて㈱全福サービスにFAX（03-3258-8878）で報告してください。
  - ②㈱全福サービスは事故報告書の内容を確認後、保険会社に報告します。
- ※1 事故報告書の様式は、本手引き9ページに掲載されています。
- ※2 事故報告書の連絡が遅れた場合には、事故状況の確認に時間がかかり、見舞金のお支払いが遅れる可能性がございます。また、保険金請求権には時効（3年）がありますのでご注意ください。

### （3）保険会社との連絡

- 保険会社の損害サービス担当者より、介護事業者宛に連絡をし、保険の適用可否や今後の手続きについて案内があり、特に問題がなければ、保険金請求書類が送付されます。
- ※事故の内容によっては保険会社が調査を実施する場合があります。調査のために必要な書類の提出が求められることがありますので、可能な限り対応をお願いします。

### （4）見舞金の支払い

- 介護事業者は、医師の診断書を取り付け、感染した介護労働者へ見舞金(30,000円)を支払ってください。支払う際には必ず「見舞金領収証」を取り付けて下さい。
- 「見舞金領収証」の様式は、本手引き10ページに掲載しています。

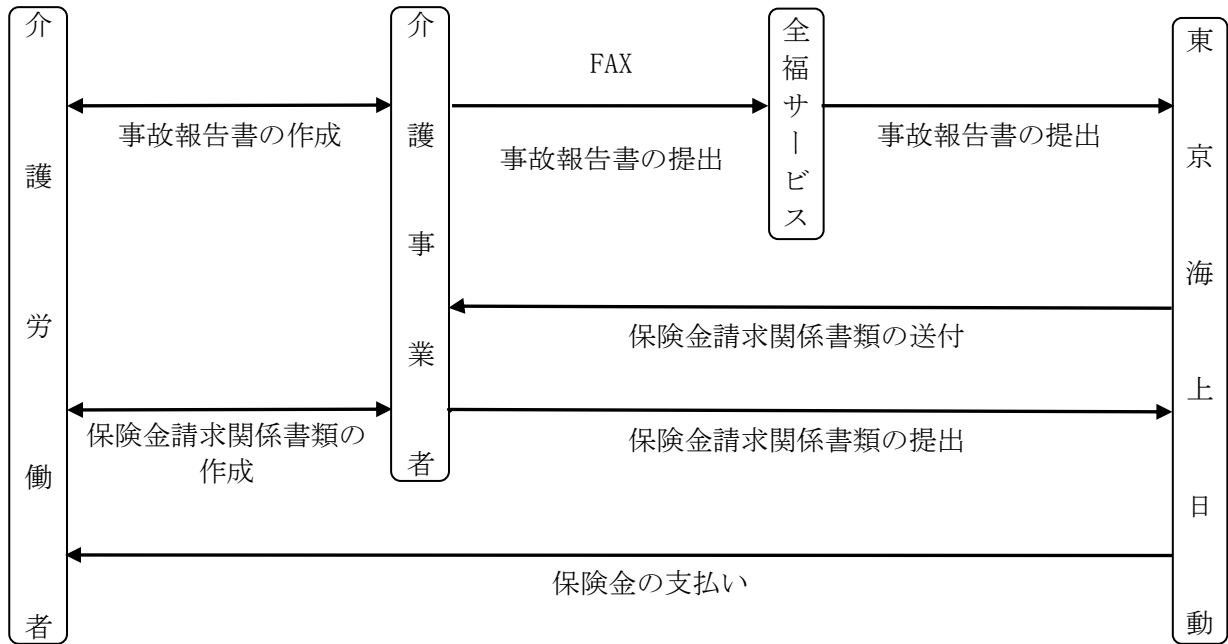
### （5）保険金請求関係書類の提出

- 見舞金を支払ったら、介護事業者は保険金請求書を作成し、医師の診断書、見舞金領収証と共に保険会社へ送付してください。

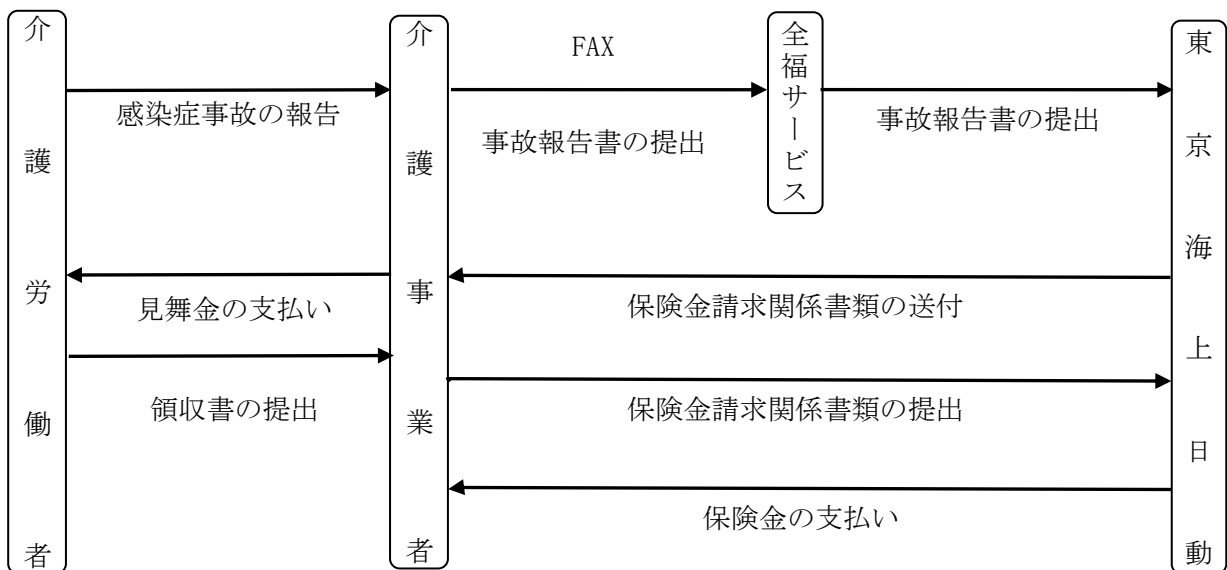
### （6）保険金の支払い

- 提出された保険金請求関係書類に基づき、保険会社は指定口座へ保険金を支払います。
- 保険金が支払われると保険会社から保険金の支払先（介護事業者）、㈱全福サービスへ保険金の支払通知がされます。

参考：傷害事故発生時の手続きの流れ（図解）



参考：感染症 事故発生時の手続きの流れ（図解）



◆保険代理店◆

株式会社 全福サービス

所在地：〒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

TEL：03-3252-2035 FAX：03-3258-8878

◆保険会社◆

東京海上日動火災保険（株） 担当課：公務第一部 公務第二課

所在地：〒102-8014 東京都千代田区三番町6-4

TEL：03-3515-4124 FAX：03-3515-4125

※傷害補償の事故対応に係る問合せ先

本店損害サービス第二部 傷害保険損害サービス第二課

TEL：03-6632-0640 FAX：03-6402-3564



## 傷害補償（介護事業者用）事故報告書

（死亡・後遺障害・入院・通院）

報告日      年      月      日

保険種別：介護労働安定センター団体傷害保険	証券番号：
-----------------------	-------

以下に事故内容を記入の上、速やかに(株)全福サービス宛にFAXしてください。

○事故報告書送付先：(株)全福サービス TEL：03-3252-2035 FAX：03-3258-8878

負傷者氏名	フリガナ 〒	年齢	歳	性別	男・女
負傷者住所	フリガナ 〒 TEL				
コード番号	C	代表者名			
法人名					
法人住所	〒				
事業所名					
事業所住所	〒 TEL				

事故の内容	事故日	年	月	日	午前 午後	時	分	頃	
	事故場所	都・道 府・県			区・ 市 郡		町 村		
	事故状況								
傷病治療の内容	傷病部位				傷病名				
	病院名	病院 TEL			担当 医師名				
	入院（見込み・確定）	月	日	～	月	日	（	日間）	後遺障害（見込み）
	通院（見込み・確定）	月	日	～	月	日	（	日間）	無・有（      ）

**【就業中等の事故確認欄】**

上記事項は、次のとおり就業中等の事故であることを確認いたしました。

（該当する事故 A～C に○をしてください）

- A. 仕事に従事中の事故
- B. 仕事場所との通勤（往復）途上中の事故
- C. 研修等に参加中または往復途上中の事故

確認者：（      ）

代表者氏名 \_\_\_\_\_ (署名・捺印) 印

TEL（      ）      -

**【保険金請求書類の送付先確認】**

保険金請求書類の送付は、 1 法人住所  2 事業所住所 に願います。

（該当する番号に○印をつけてください。）

**【被保険者確認欄】**

上記負傷者は、被保険者であることを確認しました。

保険代理店確認印

## 事故報告書

【(公財)介護労働安定センター：感染症見舞金制度用】

コード番号		証券番号	
法人名 (住所・電話番号)	〒	TEL	( )
事業所名 (住所・電話番号)	〒	TEL	( )
連絡先担当者		連絡先TEL	( )
感染症名			
罹患者氏名(年齢)		(年齢)	歳
感染の原因及び状況	[感染時期] 年 月 日 頃 [感染原因]  [感染に至った経緯]		
診断を受けた病院等の名称・所在地等	(病院名) (所在地等)	TEL	( )
その他特記事項			

# 感染症見舞金領収証

御中

---

¥ 30, 000

感染症補償規程により、上記金額を領収しました。

年 月 日

〒

住所

---

氏名

印

(電話

)