

(公財)介護労働安定センター御中 (書類提出先:(株)全福サービス)  
 締切:補償開始月前月末日必着 (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)

**【チェック欄】**

当事業者がパンフレット記載の加入対象事業者であることを確認しました。

< ご加入に際して >

- 私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。  
 ①当事業者がパンフレット記載の加入対象事業者であること ②重要事項説明書の内容  
 ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容  
 ④重要事項説明書添付の「個人情報取扱に関するご案内」の内容

↓ 該当する金額欄に○をご記入ください。

加入確認	<input type="checkbox"/> @4,200円: 傷害補償(介護事業者用)制度に加入	コード番号							
	<input type="checkbox"/> @4,560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								
加入法人・事業所	(☆) 法人・事業所名 代表者名 (フリガナ)								私は、「ご加入に際して」を確認し、保険契約者である企業・団体に対して加入を依頼します。 
	法人・事業所所在地等	〒							
		TEL			FAX				

被保険者算出の基礎となる人数	<p>〈重要なお知らせ〉                  被保険者名簿の記入・提出は、加入事業者様で常時備え付けられていることを前提に不要となりました。事故の際等、介護労働安定センターあるいは引受保険会社、取扱代理店より提出を求める場合がございますので、必ず常時ご提出いただける状態で備え付けてくださいようお願い致します。                  (備え付けいただく名簿につきましては、被保険者名が明記されていれば形式は問いませんが、取扱代理店(株)全福サービスのホームページに掲載しておりますので適宜ご利用ください)</p>
	<p>保険の対象とする方の範囲に○をご記入ください。複数可(☆)                  【 <input type="checkbox"/> 】役員・事業主                  (以下雇用された介護職員のうち)                  【 <input type="checkbox"/> 】正社員・パート・アルバイトを含むすべての従業員                  【 <input type="checkbox"/> 】正社員のみ</p>
	<p>被保険者数(★1) (役員・事業主 <input type="text"/> 名 + 職員 <input type="text"/> 名) = 合計 <input type="text"/> 名</p> <p>1年単位の補償となりますので、「直近4月～3月各月の平均人数」を基にご加入ください。                  ※ 3月の人数が未定の場合は、「直近4月～2月各月の平均人数」とします。</p>
保険料 ※単価及び被保険者の増減は該当する金額等を選んで○をお付けください。	<p>年間加入 ※2021年度より、保険料払込方法は年掛のみとなりました。</p> <p><input type="text"/> 4,200円 × <input type="text"/> 名 = <input type="text"/> 円  <input type="text"/> 4,560円 × <input type="text"/> 名 = <input type="text"/> 円                  (感染症見舞金制度追加加入プラン)</p>
	<p>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。</p> <p><input type="text"/> 350円 × <input type="text"/> 名 × <input type="text"/> ヶ月 = <input type="text"/> 円  <input type="text"/> 380円 × <input type="text"/> 名 × <input type="text"/> ヶ月 = <input type="text"/> 円                  (感染症見舞金制度追加加入プラン)</p>

(★2) 傷害補償制度告知欄	<input checked="" type="radio"/> あり	1. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。ある場合には○をし、裏面*に詳細をご記入ください。
----------------	-------------------------------------	---

感染症補償見舞金制度加入の場合のみ下記にご記入ください

(★3) 感染症見舞金制度告知欄	<input checked="" type="radio"/> あり	1. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。ある場合には○をし、裏面*に詳細をご記入ください。
	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ	2. 本保険で補償の対象となる共済金の支払責任について、過去5年以内に共済金を支払ったことがありますか。
	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ	3. 本保険で補償の対象となる共済金の支払責任について、共済金を支払う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。
	4. 上記2、3のいずれかが「はい」の場合は、共済金支払の内容およびその原因となる事実について、具体的に記入してください。	

受 付
-----

(注)他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には、裏面\*に詳細をご記入ください。裏面も必ずご覧ください。

**\* 他の保険契約等**

具体的な内容をご記入ください。

(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の一部または全部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

**〈傷害補償制度〉**

保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額)(万円)

**〈感染症見舞金制度(共済責任保険)〉**

保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額)(万円)

**〈傷害補償制度について〉**

(★1、2)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。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただか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ので、ご注意ください。また、(☆)が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合は保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

**〈感染症見舞金制度(共済責任保険)について〉**

(☆)または(★3)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。ご加入時に告知事項について正確にお答えいただく義務があります。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、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。\*代理店には、告知受領権があります。

ご加入後に(☆)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。

**(個人情報の利用目的)**

本誌記載の個人情報につきましては、保険の加入手続きのために利用させていただきます。  
詳しくはパンフレット記載の「重要事項説明書」をご確認ください。

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

今年度より、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き運びとなりました。

お振込みの際には、下記に記入いただき FAX 送信してください。  
のちほど振込先をお知らせいたします。

法 人 名 (事業所名)			
書類の送付先	〒		
ご担当者名		ご連絡先	
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		

保険種類	傷害補償制度 *感染症見舞金制度をオプションとしてつけることができます	
	個人情報漏えい保険	