

(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「個人情報の取扱い」の内容

↓ 該当する金額欄に○をご記入ください。

加入確認	@4,200円: 傷害補償(介護事業者用)制度に加入	コード番号	
	@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	(☆) フリガナ 法人名	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。 	
	(フリガナ) 法人・事業所名 代表者名		
	フリガナ 事業所名		
	フリガナ 代表者名		
法人又は事業所所在地	〒	TEL	FAX
送付先住所	〒	*上記住所と異なる場合ご記入ください	

被保険者算出の基礎となる人数	<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いただきますようお願い致します。		
	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		
	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 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。		
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。	年間加入 傷害補償のみ 4,200円 × <input type="text"/> 名 = <input type="text"/> 円 傷害補償 + 感染症見舞金 4,560円 × <input type="text"/> 名 = <input type="text"/> 円		
	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。 傷害補償のみ 350円 × <input type="text"/> 名 × <input type="text"/> ヶ月 = <input type="text"/> 円 傷害補償 + 感染症見舞金 380円 × <input type="text"/> 名 × <input type="text"/> ヶ月 = <input type="text"/> 円		

(★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 checked="" type="radio"/> はい	2. 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み時において、すでに告知いただいたものを除きます)。
	<input checked="" type="radio"/> はい	3. 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すで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み時において、すでに告知いただいたものを除きます)。
		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

★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(約定履行費用保険)〉

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〉

(★2)または(☆1)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(約定履行費用保険)について〉

(★3)または(☆1)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。

加入依頼書の記入例

加入依頼書は郵送またはFAX (03-3258-8878) にてご提出ください。

(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】 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 ↓ 該当する金額欄に○をご記入ください。	
加入確認 @4,200円：傷害補償(介護事業者用)制度に加入 @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	コード番号 新規申込の場合は コード番号記入不要です
(☆) (フリガナ) 法人・事業所名 代表者名	フリガナ トキョウカイジ ヨウシチ カイゴ サービス (か) 法人名 東海日動介護サービス株式会社 フリガナ 事業所名 全福デイサービス フリガナ 代表者名 全福 太郎
法人又は事業所所在地 送付先住所	〒 東京都千代田区神田須田町 TEL 加入者証に印字されるご住所です。 本社、事業所いずれかの住所をご記入ください。
被保険者算出の基礎となる人数	《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入付されていることを前提に不要ではありません。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、ご留意ください。 保険の対象とする方の範囲に○をご記入ください。複選可 【 <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 被保険者数(☆1) (役員・事業主 <input type="checkbox"/> 名 + 職員 <input type="checkbox"/> 名) = 合計 <input type="text"/> 名 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」を基にご記入ください。 ※ 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。
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。	年間加入 傷害補償のみ 4,200円 × <input type="text"/> 名 = <input type="text"/> 円 傷害補償 + 感染症見舞金 4,560円 × <input type="text"/> 名 = <input type="text"/> 円 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。 傷害補償のみ 350円 × <input type="text"/> 名 × <input type="text"/> ヶ月 = <input type="text"/> 円 傷害補償 + 感染症見舞金 380円 × <input type="text"/> 名 × <input type="text"/> ヶ月 = <input type="text"/> 円 中途加入は3月末までの月数をご記入ください。
(★2) 傷害補償制度告知欄	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 checked="" type="radio"/> あり
(★3) 感染症見舞金制度告知欄	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 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 checked="" type="radio"/> あり 2. 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み時において、すでに告知いただいたものを除きます)。 <input checked="" type="radio"/> はい 3. 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すで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み時において、すでに告知いただいたものを除きます)。 <input checked="" type="radio"/> はい 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。

※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。

※コード番号は、ご照会時、変更時などにお伝えいただくとお手続きがスムーズです。法人名のみのご登録の場合は、法人コードと事業所コードは同じです。



FAX 送信票

送 信 先：(株)全福サービス
F A X 番 号：0 3 - 3 2 5 8 - 8 8 7 8

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	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 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			