

# 「社協総合補償プラン」・「サイバーリスク保険」加入依頼書

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。

|            |   |  |
|------------|---|--|
| 加入者・記名被保険者 | 社協住所 (〒 - )   | 連絡先 (ご担当者名 )   |
|            |   | T E L - -  |
|            |   | F A X - -  |
|            | 社協名☆<br><small>&lt;ご加入に際して&gt;を確認し、契約者である東社協に対して加入を依頼します。</small> | メールアドレス  |
|            | 印   | 保険期間始期<br><small>令和5年4月1日午後4時<br/>                 (感染症補償保険(約定履行費用保険)、身元信用保険は令和4年4月1日午前0時)</small>   |
| 加入依頼日      | 年 月 日   | 保険期間終期<br><small>令和6年4月1日午後4時<br/>                 (感染症補償保険(約定履行費用保険)、身元信用保険は令和5年3月31日午後12時)</small> |

(総合生活保険・傷害保険)★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、遅滞なく引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合には、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。

\*中途加入の場合は中途加入手続き完了日(毎月20日締切)の翌月1日の午前0時から補償開始となります。

ご希望の加入コースに●印を付けてください。

| <基本契約>  |   |              |                          | 保 険 料    |
|---|---|--------------|--------------------------|----------|
| <b>賠償責任保険</b>   |   |              |                          | 円        |
| <input type="radio"/>   | Aコース  | ☆常勤従業員数      | 2,400円 × ( )人            |          |
| <input type="radio"/>   | Bコース  | ☆常勤従業員数      | 2,200円 × ( )人            |          |
| <オプション契約>   |   |              |                          | 加入種目毎保険料 |
| <b>1-A 従業員向け就業中のみ補償の傷害保険</b>  |   |              |                          | 円        |
| 補償対象者   | <input type="radio"/> 全従業員 <input type="radio"/> 特定業務従事者 ( )                  | 職種級別 ※1      | ☆職業・職務                   |          |
| <input type="radio"/>   | Aコース  | ☆1日の最高稼働従事者数 | 12,360円 × ( )人           |          |
| <input type="radio"/>   | Bコース  | ☆1日の最高稼働従事者数 | 10,060円 × ( )人           |          |
| <input type="radio"/>   | Cコース  | ☆1日の最高稼働従事者数 | 6,680円 × ( )人            |          |
| <b>1-B 従業員向け24時間補償の傷害保険</b>   |   |              |                          | 円        |
| <input type="radio"/>   | 1,280円 × ☆( )人  | 職種級別 ※1      | ☆職業・職務                   |          |
|   | *全従業員数をご記入ください。   |              |                          |          |
| <b>2 従業員向け感染症補償保険</b>   |   |              |                          | 円        |
| <input type="radio"/>   | 300円 × ☆( )人 *最近の事業年度における全従業員数をご記入ください。                                       |              |                          |          |
| <b>3 従業員向け新型コロナウイルス等感染症補償保険</b>   |   |              |                          | 円        |
| <input type="radio"/>   | 2,500円 × ☆( )人  | 職種級別 ※1      | ☆職業・職務                   |          |
|   | *全従業員数をご記入ください。   |              |                          |          |
| <b>4 貨紙幣類・有価証券の保管輸送保険</b>   |   |              |                          | 円        |
| <input type="radio"/>   | 50,000円(年間輸送実績が3億円未満且つパンフレットP10記載の条件を満たす場合)<br>*別紙の申告書にもご記入、ご記名、ご捺印の上ご提出ください。 |              |                          |          |
| <b>5 身元信用保険</b>   |   |              |                          | 円        |
| <input type="radio"/>   | ☆職員総数 ( )人<br>*最近の事業年度における全従業員数をご記入ください。                                      |              |                          |          |
| <b>6 サービス利用者傷害保険</b> <input type="radio"/> 提供する全サービス <input type="radio"/> 特定の右記サービス( ) |   |              |                          | 円        |
| <input type="radio"/>   | Aコース  | ☆1日の最高利用者数   | 2,980円 × ( )人            |          |
| <input type="radio"/>   | Bコース  | ☆1日の最高利用者数   | 7,450円 × ( )人            |          |
| <input type="radio"/>   | Cコース  | ☆1日の最高利用者数   | 14,890円 × ( )人           |          |
| <input type="radio"/>   | Dコース  | ☆1日の最高利用者数   | 20,240円 × ( )人           |          |
| <b>7 送迎中自動車傷害保険</b>   |   |              |                          | 円        |
|   | 登録番号  | 法定乗車定員数      | 保険料                      |          |
| <input type="radio"/>   |   | 人            | 2,000円 ×<br>合計人数<br>( )人 |          |
| <input type="radio"/>   |   | 人            |                          |          |
| <input type="radio"/>   |   | 人            |                          |          |
| <input type="radio"/>   |   | 人            |                          |          |
| <input type="radio"/>   |   | 人            |                          |          |
| <b>Ⅲ. サイバーリスク保険(情報漏えい補償) 加入のプランに○をしてください。</b>   |   |              |                          | 円        |
| ( A ・ B ・ C ) プラン (右欄には代理店より提示の保険料を記載ください)  |   |              |                          |          |
| <b>合計保険料</b>  |   |              |                          | 円        |

※1 他の職種級別の方は代理店にお問い合わせください。(記入例をご参照ください。)

<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私が東京都社会福祉協議会の構成員であること
- 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パンフレットに記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

|        |       |
|--------|-------|
| 保険料払込日 | 年 月 日 |
| 東社協処理欄 | 月 日   |

★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、ご契約を解除することがあります。

（施設賠償責任保険、生産物賠償責任保険）

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た場合は、遅滞なく取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は、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。

（約定履行費用保険、身元信用保険、介護サービス事業者賠償責任保険）

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ください。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。

（マネーディフェンダー特別約款付運送保険）

★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。また、この加入依頼書に記載された事項に内容の変更が生じた場合は、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。変更の内容によってご加入を解除することがあります。なお、ご連絡がない場合、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。

|                        |  |
|------------------------|--|
| ＜引受保険会社＞               |  |
| 東京海上日動火災保険株式会社（幹事保険会社） |  |
| 三井住友海上火災保険株式会社         |  |
| 損害保険ジャパン株式会社           |  |

＜告知事項申告欄★＞ ※ご加入の項目についてご申告ください。

【施設賠償責任保険・生産物賠償責任保険・介護サービス事業者賠償責任】（基本契約）・【サイバーリスク保険】どちらか一方でも加入の場合にご申告

|   |        |        |
|---|--------|--------|
| 1. 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・いいえ |        |
| 2. 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・いいえ |        |
| 3. 上記1.または2.のいずれかが「はい」の場合は、損害賠償請求およびその原因となる事実についての具体的な内容をご記入ください。   |        |        |
|   |        |        |
| 4. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。  | はい・いいえ |        |
| 5. 上記4.が「はい」の場合は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  |

【約定履行費用保険☆】（オプション2.） \*感染症補償規程(☆)をご提出ください。

|                                   |        |             |
|-----------------------------------|--------|-------------|
| 1. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。        | はい・いいえ |             |
| 2. 上記1.が「はい」の場合は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    | 保険金額（支払限度額） |

【運送保険】（オプション4.）

|                                   |               |             |
|-----------------------------------|---------------|-------------|
| 1. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。        | はい・いいえ        |             |
| 2. 上記1.が「はい」の場合は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           | 保険金額（支払限度額） |
| 保険の対象（貨物の種類・貨物名）                  |               |             |
| 輸送用具                              | 輸送区間（発送地・仕向地） |             |
| 保管場所                              |               |             |

【約定履行費用保険☆】（オプション2.） \*感染症補償規程(☆)をご提出ください。

|  |        |        |
|--|--------|--------|
| 1. 過去3年以内に同種の保険契約等の保険金を請求または受領したことがありますか？  | はい・いいえ |        |
| 2. 同一被保証人にかかる他の同種の保険契約等がありますか？<br>「同種の保険契約等」とは「身元信用保険」、「金融機関包括補償保険第2章補償条項第5節信用補償条項」等の保険契約または共済契約をいいます。 | はい・いいえ |        |
| 3. 過去において同種の保険契約等の引受を拒絶されたことがありますか？  | はい・いいえ |        |
| 4. 前年度契約がありますか？  | はい・いいえ |        |
| 5. 上記4.が「はい」の場合は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  |

【総合生活保険（傷害補償）、交通乗用具搭乗中の傷害危険担保特約付帯傷害保険】（オプション1-A、1-B、3、6、7）

|              |    |
|--------------|----|
| 契約等保険<br>★※1 | あり |
|--------------|----|

※1 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○をし、下の「他の保険契約等」に詳細をご記入ください。

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全部または一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。

| 被保険者氏名 | 保険会社・共済会社 | 保険種類 | 満期日<br>（補償の満了する日） | 保険金額・支払限度額<br>（ご契約金額）(万円) |
|--------|-----------|------|-------------------|---------------------------|
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |

# 「社協総合補償プラン」・「サイバーリスク保険」加入依頼書

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

加入依頼書は保

## 記入例

|            |   |  |
|------------|---|--|
| 加入者・記名被保険者 | 社協住所 (〒 162 - 4567 )  | 連絡先 (ご担当者名 齊藤)   |
|            | 東京都千代田区飯田橋1-1-1   | T E L 03 - 1234 - 5678   |
|            |   | F A X 03 - 1234 - 5679   |
|            | 社協名☆<br>〇〇社会福祉協議会〇〇〇〇 印   | メールアドレス abc@cde.fa.com   |
|            | 加入依頼日 令和5年3月10日   | 保険期間開始期<br>令和5年4月1日午後4時<br>(感染症補償保険(約定履行費用保険)、身元信用保険は令和4年4月1日午前0時) |
|            | 保険期間終期<br>令和6年4月1日午後4時<br>(感染症補償保険(約定履行費用保険)、身元信用保険は令和5年3月31日午後12時) |  |

(総合生活保険・傷害保険)★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、遅滞なく引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合には、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。

\*中途加入の場合は中途加入手続き完了日(毎月20日締切)の翌月1日の午前0時から補償開始となります。

ご希望の加入コースに●印を付けてください。

| ＜基本契約＞  |   |           |                      | 保険料         |
|---|---|-----------|----------------------|-------------|
| 賠償責任保険  |   |           |                      | 72,000 円    |
| ●   | Aコース ☆常勤役員員数 2,400円 × ( 30 )人   |           |                      |             |
| ○   | Bコース ☆常勤役員員数 2,200円 × ( )人  |           |                      |             |
| ＜オプション契約＞                                       |   |           |                      | 加入種目毎保険料    |
| 1-A 役員向け就業中のみ補償の傷害保険                            |   |           |                      | 352,100 円   |
| 補償対象者   | ○全役員 ○特定業務従事者 ( )   | 職種級別 ※1 A | ☆職業・職務 事務職、ホームヘルパー等  |             |
| ○   | Aコース ☆1日の最高稼働従事者数 12,360円 × ( )人  |           |                      |             |
| ●   | Bコース ☆1日の最高稼働従事者数 10,060円 × ( 35 )人                                     |           |                      |             |
| ○   | Cコース ☆1日の最高稼働従事者数 6,680円 × ( )人   |           |                      |             |
| 1-B 役員向け24時間補償の傷害保険                             |   |           |                      | 円           |
| ○   | 1,280円 × ☆( )人<br>*全役員員数をご記入ください。                                       | A         | ☆職業・職務 事務職、ホームヘルパー等  |             |
| 2 役員向け感染症補償保険                                   |   |           |                      | 12,000 円    |
| ●   | 300円 × ☆( 40 )人 *最近の事業年度における全役員員数をご記入ください。                              |           |                      |             |
| 3 役員向け新型コロナウイルス等感染症補償保険                         |   |           |                      | 円           |
| ●   | 2,500円 × ☆( 40 )人<br>*全役員員数をご記入ください。                                    | A         | ☆職業・職務 事務職、ホ         |             |
| 4 貨紙幣類・有価証券の保管輸送保険                              |   |           |                      | 円           |
| ●   | 50,000円(年間輸送実績が3億円未満且つパンフレットP10記載の条件を<br>※別紙の申告書にもご記入、ご記名、ご捺印の上ご提出ください。 |           |                      |             |
| 5 身元信用保険  |   |           |                      | 730 円       |
| ●   | ☆職員総数 ( 40 )人<br>*最近の事業年度における全役員員数をご記入ください。                             |           |                      |             |
| 6 サービス利用者傷害保険 ○ 提供する全サービス ○ 特定の右記サービス(居宅介護サービス) |   |           |                      | 750 円       |
| ○   | Aコース ☆1日の最高利用者数 2,980円 × ( )  |           |                      |             |
| ●   | Bコース ☆1日の最高利用者数 7,450円 × ( 55 )   |           |                      |             |
| ○   | Cコース ☆1日の最高利用者数 14,890円 × ( )   |           |                      |             |
| ○   | Dコース ☆1日の最高利用者数 20,240円 × ( )   |           |                      |             |
| 7 送迎中自動車傷害保険                                    |   |           |                      | 30,000 円    |
|   | 登録番号  | 法定乗車定員数   |                      |             |
| ●   | 品川33あ1234   | 5人        | 2,000円<br>合計 ( 15 )人 |             |
| ●   | 〃 5   | 5人        |                      |             |
| ●   | 〃 6   | 5人        |                      |             |
| ○   |   | 人         |                      |             |
| ○   |   | 人         |                      |             |
| Ⅲ. サイバーリスク保険(情報漏えい補償) 加入のプランに○をしてください。          |   |           |                      | 円           |
| ( A ・ B ・ C ) プラン (右欄には代理店より提示の保険料を記載ください)      |   |           |                      |             |
| 合計保険料   |   |           |                      | 1,101,580 円 |

【職種級別欄について】  
職種級別B(主な職務内容が以下に該当する方)がいらっしゃる場合は、代理店までお問い合わせください。  
【職種級別Bとなる職種】  
農林業作業、漁業作業、採鉱・採石作業、自動車運転者※(助手を含む)、木・竹・草・つる製品製造作業、建設作業  
※専ら運転に従事する方が対象となります。訪問先などへの移動手段として自動車を運転する方は該当しません。  
【職業・職務欄について】  
代表的な職業・職務についてお書きください。

※1 他の職種級別の方は代理店にお問い合わせください。(記入例をご参照ください。)

＜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私が東京都社会福祉協議会の構成員であること
- 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パンフレットに記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

|        |       |
|--------|-------|
| 保険料払込日 | 年 月 日 |
| 東社協処理欄 | 月 日   |

★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、ご契約を解除することがあります。

（施設賠償責任保険、生産物賠償責任保険）

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た場合は、遅滞なく取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は、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。

（約定履行費用保険、身元信用保険、介護サービス事業者賠償責任保険）

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ください。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。

（マネーディフェンダー特別約款付運送保険）

★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。また、この加入依頼書に記載された事項に内容の変更が生じた場合は、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。変更の内容によってご加入を解除することがあります。なお、ご連絡がない場合、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。

<引受保険会社>

東京海上日動火災保険株式会社（幹事保険会社）  
三井住友海上火災保険株式会社  
損害保険ジャパン株式会社

<告知事項申告欄★> ※ご加入の項目についてご申告ください。

【施設賠償責任保険・生産物賠償責任保険・介護サービス事業者賠償責任】（基本契約）・【サイバーリスク保険】どちらか一方でも加入の場合にご申告

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1. 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・いいえ                        |
| 2. 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・いいえ                        |
| 3. 上記1.または2.のいずれかが「はい」の場合は、損害賠償請求およびその原因となる事実についての具体的な内容をご記入ください。   |                               |
| 4. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。  | はい・いいえ                        |
| 5. 上記4.が「はい」の場合はその具体的な内容をご記入ください。   | 会社名<br>満期日<br>保険等の種類<br>支払限度額 |

【約定履行費用保険☆】（オプション2.） \*感染症補償規程(☆)をご提出ください。

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。        | はい・いいえ                              |
| 2. 上記1.が「はい」の場合はその具体的な内容をご記入ください。 | 会社名<br>満期日<br>保険等の種類<br>保険金額（支払限度額） |

【運送保険】（オプション4.）

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。        | はい・いいえ                              |
| 2. 上記1.が「はい」の場合はその具体的な内容をご記入ください。 | 会社名<br>満期日<br>保険等の種類<br>保険金額（支払限度額） |
| 保険の対象（貨物の種類・貨物名）                  |                                     |
| 輸送用具 自動車・携行・書留郵便 等                | 輸送区間（発送地・仕向地） 国内各地                  |
| 保管場所 社協事務所及び各出先（事務所等）             |                                     |

【約定履行費用保険☆】（オプション2.） \*感染症補償規程(☆)をご提出ください。

|  |  |
|--|--|
| 1. 過去3年以内に同種の保険契約等の保険金を請求または受領したことがありますか？  | はい・いいえ   |
| 2. 同一被保証人にかかる他の同種の保険契約等がありますか？<br>「同種の保険契約等」とは「身元信用保険」、「金融機関包括補償保険第2章補償条項第5節信用補償条項」等の保険契約または共済契約をいいます。 | はい・いいえ   |
| 3. 過去において同種の保険契約等の引受を拒絶されたことがありますか？  | はい・いいえ   |
| 4. 前年度契約がありますか？  | はい・いいえ   |
| 5. 上記4.が「はい」の場合はその具体的な内容をご記入ください。  | 会社名 東京海上日動<br>満期日 4月1日<br>保険等の種類 社協の保険<br>支払限度額 1名/100万円、保険期間中/500万円 |

【総合生活保険（傷害補償）、交通乗用具搭乗中の傷害危険担保特約付帯傷害保険】（オプション1-A、1-B、3、6、7）

|              |    |
|--------------|----|
| 契約等保険<br>★※1 | あり |
|--------------|----|

※1 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○をし、下の「他の保険契約等」に詳細をご記入ください。

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全部または一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。

| 被保険者氏名 | 保険会社・共済会社 | 保険種類 | 満期日<br>（補償の満了する日） | 保険金額・支払限度額<br>（ご契約金額）（万円） |
|--------|-----------|------|-------------------|---------------------------|
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |
|        |           |      |                   |                           |