

介護事業者総合保険加入依頼書

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。
裏面の「告知事項の申告書」にもご記入いただきご提出ください。

ご加入者	☆事業者住所 (〒 -)	法人名・団体名	(フリガナ)	連絡先(ご担当者名: TEL (-) FAX (-)	☆借用施設の名称 施設名 () 施設住所 ()
	☆事業者名(施設名)	(フリガナ)	(フリガナ) 私は、「ご加入に際して」を確認し、契約者である東京都社会福祉協議会に対して加入を依頼します。	事業所(施設)床面積 (m ²) 従業員数 (人) 定員 (人) 年間売上高(見込み) (万円)	★他の保険契約等 (あり) (※)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、「告知事項申告書」に詳細をご記入ください。
	加入依頼日 : 平成 年 月 日			保険始期:平成28年10月1日 午後4時(注)	居室介護事業者賠償責任保険遡及日 平成 年 月 日 (注)約定履行費用保険、身元信用保険については、平成28年10月1日(午前0時)~平成29年9月30日(午後12時)が保険期間となります。
	中途加入補償開始日 : 平成 年 月 日 午前0時 *中途加入の場合は、午前0時からとなります。			保険終期:平成29年10月1日 午後4時(注)	

↓1~21の該当する事業に●印を付けてください。☆

加入する事業に●印を付けてください。

現金等と身元信用はセットでご加入ください。

No.	☆サービスの種類	①事業者賠償責任保険 (施設、生産物、居宅介護事業者の各賠償責任保険)			②借用不動産賠償責任保険 (施設賠償責任保険) 借用不動産損壊担保特約	③事業者医療事故賠償責任保険 (医師賠償責任保険)	④事業者エレベーター賠償責任保険 (昇降機賠償責任保険)	⑤サービス従事者傷害保険 (総合生活保険(傷害補償) 就業中のみ危険補償特約付帯)	⑥サービス従事者感染症補償保険 (約定履行費用保険)	⑦サービス利用者傷害保険 (総合生活保険(傷害補償) 管理下中の傷害危険補償特約 往復途上傷害危険補償特約付帯)			⑧-1 サービス利用者傷害見舞保険金Ⅰ (レジャー・サービス施設費用保険)	⑧-2 サービス利用者傷害見舞保険金Ⅱ (約定履行費用保険、総合生活保険(傷害補償)、総合生活保険(傷害補償)・管理下中のみの傷害危険補償特約付帯)	⑨送迎中自動車傷害保険 (交通乗用具搭乗中の傷害危険担保契約)	⑩事業者現金等総合保険・身元信用保険 (自動車総合保険、受託者賠償責任保険、身元信用保険)								
		Iタイプ	IIタイプ	IIIタイプ						通所	入所	Iタイプ					IIタイプ	IIIタイプ						
1	居宅介護支援	☆()時間×	○	3円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
2	訪問介護-夜間対応型訪問介護	☆()時間×	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
3	訪問入浴介護	☆()時間×	○	4円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
4	訪問リハビリテーション	☆()時間×	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
5	通所介護-認知症対応型通所介護(入浴あり)		○	100,490円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
	通所介護-認知症対応型通所介護(入浴なし)		○	59,580円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
6	通所リハビリテーション		○	100,490円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
7	短期入所生活介護		○	113,890円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
	短期入所生活介護(⑧or⑨に同時加入の場合)		○	63,270円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
8	小規模多機能型居宅介護	1施設あたり	○	94,910円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
9	短期入所療養介護		○	113,890円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
10	認知症対応型共同生活介護		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
11	複合型サービス福祉 (訪問看護サービス業務は補償対象外)		○	94,910円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
12	特定施設入居者生活介護		○	113,890円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
13	地域密着型特定施設入居者生活介護		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
14	福祉用具貸与	☆()万円×	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
15	福祉用具販売	☆()万円×	○	13円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
16	住宅改修	☆()万円×	○	42円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
17	指定介護老人福祉施設 ○施設サービス計画作成	1施設あたり ☆()時間×	○	121,170円 3円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
18	地域密着型介護老人福祉施設 ○施設サービス計画作成	1施設あたり ☆()時間×	○	121,170円 3円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
19	介護老人保健施設-無料低額介護老人保健施設	1施設あたり	○	121,170円	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
20	指定介護療養型医療施設		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
21	その他サービス ○老人介護支援センター ○地域包括支援センター ○介護予防支援事業 ○介護予防-日常生活支援総合事業 ○その他()*1	☆()時間× ☆()時間× ☆()時間× ☆()時間× ☆()時間×	○ ○ ○ ○ ○	 ○ 4円 7円 9円	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○							
合計保険料 各保険料毎の合計(①~⑩)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。		①		円	②	円	③	円	④	円	⑤	円	⑥	円	⑦	円	⑧-1	円	⑧-2	円	⑨	円	⑩	円
中途加入の場合の保険料 各保険料毎の合計(①~⑩)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。		①	①×	ケ月/12	②×	ケ月/12	③×	ケ月/12	④×	ケ月/12	⑤×	ケ月/12	⑥×	ケ月/12	⑦×	ケ月/12	⑧-1×	ケ月/12	⑧-2×	ケ月/12	⑨×	ケ月/12	⑩×	ケ月/12

加入事業者名(施設名)〈☆記名被保険者〉	

(*)1サービスの種類を具体的に記入ください。
 (*2)車検証に記載されている登録番号をご記入ください。
 ★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。
 (各種賠償責任保険)
 ☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく取扱代理店または引受保険会社にご連絡下さい。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のでご注意ください。
 (レジャー・サービス施設費用保険・約定履行費用保険)
 ☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合には、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡下さい。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ので、ご注意ください。また、変更の内容によってご加入を解除することがあります。
 (動産総合保険)
 ご加入後に加入依頼書に☆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通知いただく義務があります。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。
 (身元信用保険)
 ご加入後に加入依頼書の「全従事者数」に1割を超える変更が生じることが判明した場合は、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ません。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。
 (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契約)
 加入依頼書に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合には、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、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。

総合計保険料(一時払)	円
保険料払込予定日	平成 年 月 日

【ご加入に際して】
 以下事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。
 ①私が保険契約者である団体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(傷害保険のみ)
 ④重要事項説明書添付の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

東社協処理欄
月 日

介護事業者総合保険加入依頼書

加入依頼書は保険契約書裏面の「告知事項」欄に記入してください。

記入例

ご加入者	☆事業者住所 (〒162-8953) 東京都新宿区神楽河岸 1-1	法人名・団体名 社会福祉法人 幸福会	連絡先(ご担当者名: 田中) TEL (03-3515-4125) FAX (03-3515-4126)
	(フリガナ) トクベツヨウゴロウジンホーム シアワセ	(フリガナ) リジチョウ ヤマダ タロウ 私は、「ご加入に際して」を確認し、契約者である東京都社会福祉協議会に対して加入を依頼します。	事業所(施設)床面積 (800㎡) 従業員数 (15人) 定員 (35人) 年間売上高(見込み) (3,000万円)
☆事業者名(施設名) 特別養護老人ホーム しあわせ	代表者名 理事長 山田 太郎 <small>施設長印(法人代表者印)をご捺印下さい。</small>	加入依頼日 : 平成 28 年 9 月 1 日 中途加入補償開始日 : 平成 年 月 日 午前0時 *中途加入の場合は、午前0時からとなります。	保険始期:平成28年10月1日 午後4時(注) 保険終期:平成29年10月1日 午後4時(注)

↓1~21の該当する事業に●印を付けてください。☆

加入する事業に●印を付けてください。

現金等と身元信用はセットでご加入ください。

No.	☆サービスの種類	①事業者賠償責任保険 (施設、生産物、居宅介護事業者の各賠償責任保険)			②借用不動産賠償責任保険 (施設賠償責任保険) 借用不動産損壊担保特約	③事業者医療事故賠償責任保険 (医師賠償責任保険)	④事業者エレベーター賠償責任保険 (昇降機賠償責任保険)	⑤サービス従事者傷害保険 (総合生活保険(傷害補償) 就業中のみ危険補償特約付帯)	⑥サービス従事者感染症補償保険 (約定履行費用保険)	⑦サービス利用者傷害保険 (総合生活保険(傷害補償) 管理下中の傷害危険補償特約 往復途上傷害危険補償特約付帯)			⑧-1 サービス利用者傷害見舞保険金 I (レジャー・サービス施設費用保険)	⑧-2 サービス利用者傷害見舞保険金 II (約定履行費用保険、総合生活保険(傷害補償)、総合生活保険(傷害補償)・管理下中のみの傷害危険補償特約付帯)	⑨送迎中自動車傷害保険 (交通乗用具搭乗中の傷害危険担保契約)	⑩事業者現金等総合保険・身元信用保険 (自動車総合保険、受託者賠償責任保険、身元信用保険)								
		Iタイプ	IIタイプ	IIIタイプ						通所	入所	Iタイプ					IIタイプ	IIIタイプ						
1	居宅介護支援	☆()時間×	○	3円	○	4円	○	5円																
2	訪問介護-夜間対応型訪問介護	☆(8000)時間×	○	●	○																			
3	訪問入浴介護	☆()時間×	○	4円	○	7円	○	9円																
4	訪問リハビリテーション	☆()時間×	○		○																			
5	通所介護-認知症対応型通所介護(入浴あり)		○	100,490円	●	169,380円	○	220,710円																
	通所介護-認知症対応型通所介護(入浴なし)		○	59,580円	○	89,750円	○	110,360円																
6	通所リハビリテーション		○	100,490円	○	169,380円	○	220,710円																
7	短期入所生活介護		○	113,890円	○	192,020円	○	250,160円																
	短期入所生活介護(⑧or⑨に同時加入の場合)		○	63,270円	●	106,680円	○	138,970円																
8	小規模多機能型居宅介護	1施設あたり	○	94,910円	○	160,000円	○	208,470円																
9	短期入所療養介護		○	113,890円	○	192,020円	○	250,160円																
10	認知症対応型共同生活介護		○	113,890円	○	192,020円	○	250,160円																
11	複合型サービス福祉 (訪問看護サービス業務は補償対象外)		○	94,910円	○	160,000円	○	208,470円																
12	特定施設入居者生活介護		○	113,890円	○	192,020円	○	250,160円																
13	地域密着型特定施設入居者生活介護		○	113,890円	○	192,020円	○	250,160円																
14	福祉用具貸与	☆()万円×	○	13円	○	23円	○	29円																
15	福祉用具販売	☆()万円×	○	42円	○	70円	○	94円																
16	住宅改修	☆()万円×	○	121,170円	○	204,280円	○	266,110円																
17	指定介護老人福祉施設 ○施設サービス計画作成	☆()時間×	○	3円	○	4円	○	5円																
18	地域密着型介護老人福祉施設 ●施設サービス計画作成	☆(1200)時間×	○	3円	●	4円																		
19	介護老人保健施設無料低額介護老人保健施設	1施設あたり	○	121,170円	○	204,280円	○	266,110円																
20	指定介護療養型医療施設		○	121,170円	○	204,280円	○	266,110円																
21	その他サービス ○老人介護支援センター ●地域包括支援センター ●介護予防支援事業 ○介護予防-日常生活支援総合事業 ○その他()*1	☆()時間× ☆(2400)時間× ☆(1000)時間× ☆()時間× ☆()時間×	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○															
合計保険料 各保険料毎の合計(①~⑩)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。		①		564,940円	②	14,950円	③	76,240円	④	10,440円	⑤	148,500円	⑥	4,500円	⑦	209,050円	⑧-1	100,360円	⑧-2	94,500円	⑨	40,000円	⑩	37,000円
中途加入の場合の保険料 各保険料毎の合計(①~⑩)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。		①×	ケ月/1		②×	ケ月/12	③×	ケ月/12	④×	ケ月/12	⑤×	ケ月/12	⑥×	ケ月/12	⑦×	ケ月/12	⑧-1×	ケ月/12	⑧-2×	ケ月/12	⑨×	ケ月/12	⑩×	ケ月/12

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。
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、建設作業等
※専ら運転に従事する方が対象となります。訪問先などの移動手段として自動車を運転する方は除きます。

職種級別
(A)
☆職業・職務
(事務)

●登録番号*2
(多摩530と1234)
法定乗車定員
☆(10)人
○登録番号*2
(多摩530と5678)
法定乗車定員
☆(10)人

○Bコース
1施設あたり
50,180円 ×
☆(2)施設
=(100,360)円

●Cコース
入所者数
☆(35)人
×1,480円
=(51,800)円

法定乗車定員
☆()人
●登録番号*2
()
法定乗車定員
☆()人

職種級別
(A)
☆職業・職務
(事務)

○1日の最高利用者数
○☆()人
×1,410円
=()円

A、Bコースをお申込の場合はサービス約款を添付して下さい。サービス約款を変更する際は通知が必要となります。

Cコースにご加入の場合は、入所者の職業・職務、職種級別をご記入ください。

加入事業者名(施設名)〈☆記名被保険者〉
特別養護老人ホームしあわせ 地域包括支援センターしあわせ

【ご注意ください】
端数は円単位を四捨五入して10円単位にしてください。

(*1) (*2)
★または(各補償)
☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく取扱代理店または引受保険会社にご連絡下さい。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のでご注意ください。
(レジャー・サービス施設費用保険・約定履行費用保険)
☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合には、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡下さい。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ので、ご注意ください。また、変更の内容によってご加入を解除することがあります。
(動産総合保険)
ご加入後に加入依頼書に☆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通知いただく義務があります。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。
(身元信用保険)
ご加入後に加入依頼書の「全従事者数」に1割を超える変更が生じることが判明した場合は、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。
(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契約)
加入依頼書に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合には、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、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。

総合計保険料(一時払) 1,300,480円
保険料払込予定日 平成 年 月 日

【ご加入に際して】
以下事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。
①私が保険契約者である団体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(傷害保険のみ)
④重要事項説明書添付の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

東社協処理欄
月 日