

ご加入者	☆事業者住所 (〒 ー )	法人名・団体名  (フリガナ)	連絡先 (ご担当者名:) TEL (ーー) FAX (ーー)	☆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)			
	加入依頼日 : 平成 年 月 日		保険始期:平成30年10月1日 午後4時(注)	(注)約定履行費用保険、身元信用保険については、平成30年10月1日(午前0時)~平成31年9月30日(午後12時)が保険期間となります。
様	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31年10月1日 午後4時(注)	

↓1~22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 (介護サービス事業者賠償責任保険)	②借用不動産賠償責任保険 (介護サービス事業者賠償責任保険 借用不動産損害担保特約)			③事業者医療事故賠償責任保険 (医師賠償責任保険)	④サービス従事者傷害保険*3 (総合生活保険(傷害補償)就業中のみの危険補償特約付帯)	⑤サービス従事者感染症補償保険 (約定履行費用保険)	⑥サービス利用者傷害保険*3 (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)			⑦-1 サービス利用者傷害見舞保険Ⅰ (レジャー・サービス施設費用保険)	⑦-2 サービス利用者傷害見舞保険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)		⑧送迎中自動車傷害保険*3 (交通乗用具搭乗中の傷害危険担保特約付帯傷害保険)	⑨事業者現金等総合保険・身元信用保険 (動産総合保険、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			通所*	入所														
1	在宅介護支援	☆( )時間×○	3円	○	4円	○	5円			○	ー	○	○	○	○																	
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	○	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)		103,500円	○	174,460円	○	227,330円			○	○	○	○	○	○																	
	通所介護-認知症対応型通所介護(入浴なし)		61,370円	○	92,440円	○	113,670円			○	○	○	○	○	○																	
6	通所リハビリテーション		103,500円	○	174,460円	○	227,330円			○	○	○	○	○	○																	
7	短期入所生活介護		117,310円	○	197,780円	○	257,660円			○	○	○	○	○	○																	
	短期入所生活介護(◎or◎に同時加入の場合)		65,170円	○	109,880円	○	143,140円			○	○	○	○	○	○																	
8	小規模多機能型居宅介護	1施設あたり	97,760円	○	164,800円	○	214,720円			○	○	○	○	○	○																	
9	短期入所療養介護		117,310円	○	197,780円	○	257,660円			○	○	○	○	○	○																	
10	認知症対応型共同生活介護			○		○				○	○	○	○	○	○																	
11	看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)(訪問看護サービス業務は補償対象外)		97,760円	○	164,800円	○	214,720円			○	○	○	○	○	○																	
12	特定施設入居者生活介護		117,310円	○	197,780円	○	257,660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	○	23円	○	29円			○	○	○	○	○	○																	
16	住宅改修	☆( )万円×○	42円	○	70円	○	94円			○	○	○	○	○	○																	
17	指定介護老人福祉施設	1施設あたり	124,810円	○	210,410円	○	274,090円			○	○	○	○	○	○																	
	○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	1施設あたり	124,810円	○	210,410円	○	274,090円			○	○	○	○	○	○																	
	○施設サービス計画作成	☆( )時間×○	3円	○	4円	○	5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	124,810円	○	210,410円	○	274,090円			○	○	○	○	○	○																	
20	指定介護療養型医療施設			○		○				○	○	○	○	○	○																	
21	訪問看護	☆( )万円×○	4円	○	5円	○	6円			○	○	○	○	○	○																	
22	○老人介護支援センター	☆( )時間×○		○		○				○	○	○	○	○	○																	
	○地域包括支援センター	☆( )時間×○		○		○				○	○	○	○	○	○																	
	○介護予防支援事業	☆( )時間×○	4円	○	7円	○	9円			○	○	○	○	○	○																	
	○介護予防-日常生活支援総合事業	☆( )時間×○		○		○				○	○	○	○	○	○																	
	○その他( )	☆( )時間×○		○		○				○	○	○	○	○	○																	
合計保険料 各保険料毎の合計(①~⑨)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	⑦-1	円	⑦-2	円	⑧	円	⑨	円									
中途加入の場合の保険料 各保険料毎の合計(①~⑨)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/12	円	②×	ケ月/12	円	③×	ケ月/12	円	④×	ケ月/12	円	⑤×	ケ月/12	円	⑥×	ケ月/12	円	⑦-1×	ケ月/12	円	⑦-2×	ケ月/12	円	⑧×	ケ月/12	円	⑨×	ケ月/12	円

加入事業者名(施設名) <span style="font-size: small;">(☆記名被保険者)</span>	

★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。

(医師賠償責任保険、受託者賠償責任保険)

☆が付された事項(告知事項)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。

(介護サービス事業者賠償責任保険、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(告知事項)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(告知事項)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た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))

加入依頼書に☆が付された事項(告知事項)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可能性がありますのでご注意ください。

(※1)サービスの種類を具体的に記入してください。

(※2)車検証に記載されている登録番号を記入してください。

(※3)【④⑥⑦-2(Cコースのみ)⑧の中途加入時保険料計算方法について】

(1)1名あたりの保険料×ケ月/12円単位を四捨五入して10円単位にしてください。

(2)(1)で算出した保険料に加入人数を乗じます。

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の裏面の「告知事項」に添付してください。

## 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)
	☆事業者名(施設名) (フリガナ) トクベツヨウゴロウジンホーム シアワセ 特別養護老人ホーム しあわせ	代表者名 (フリガナ) リジチョウ ヤマダ タロウ 理事長 山田 太郎 <small>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。</small>	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)
		加入依頼日 : 平成 30 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30年10月1日 午後4時(注) 保険終期:平成31年10月1日 午後4時(注)

↓1~22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 (介護サービス事業者賠償責任保険)			②借用不動産賠償責任保険 (介護サービス事業者賠償責任保険 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サービス従事者傷害保険*3 (総合生活保険(傷害補償) 就業中のみの危険補償特約付帯)	⑤サービス従事者感染症補償保険 (約定履行費用保険)	⑥サービス利用者傷害保険*3 (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)			⑦-1 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)	⑦-2 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)	⑧送迎中自動車傷害保険*3 (交通乗用具搭乗中の傷害危険担保特約付帯傷害保険)	⑨事業者現金等総合保険・身元信用保険 (動産総合保険、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)		○	103,500円	●	174,460円	○	227,330円	○	○	○	○	○	○	○							
6	通所介護-認知症対応型通所介護(入浴なし)		○	61,370円	○	92,440円	○	113,670円	○	○	○	○	○	○	○							
7	通所リハビリテーション		○	103,500円	○	174,460円	○	227,330円	○	○	○	○	○	○	○							
8	短期入所生活介護		○	117,310円	○	197,780円	○	257,660円	○	○	○	○	○	○	○							
9	短期入所生活介護(⑥or⑦に同時加入の場合)		○	65,170円	●	109,880円	○	143,140円	○	○	○	○	○	○	○							
10	小規模多機能型居宅介護	1施設あたり	○	97,760円	○	164,800円	○	214,720円	○	○	○	○	○	○	○							
11	短期入所療養介護		○	117,310円	○	197,780円	○	257,660円	○	○	○	○	○	○	○							
12	認知症対応型共同生活介護		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
13	看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) (訪問看護サービス業務は補償対象外)		○	97,760円	○	164,800円	○	214,720円	○	○	○	○	○	○	○							
14	特定施設入居者生活介護		○	117,310円	○	197,780円	○	257,660円	○	○	○	○	○	○	○							
15	地域密着型特定施設入居者生活介護		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
16	福祉用具貸与	☆( )万円×	○	13円	○	23円	○	29円	○	○	○	○	○	○	○							
17	福祉用具販売	☆( )万円×	○	42円	○	70円	○	94円	○	○	○	○	○	○	○							
18	住宅改修	☆( )万円×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
19	指定介護老人福祉施設	1施設あたり	○	124,810円	●	210,410円	○	274,090円	○	○	○	○	○	○	○							
20	○施設サービス計画作成	☆(1200)時間×	○	3円	●	4円	○	5円	○	○	○	○	○	○	○							
21	地域密着型介護老人福祉施設	1施設あたり	○	124,810円	○	210,410円	○	274,090円	○	○	○	○	○	○	○							
22	○施設サービス計画作成	☆( )時間×	○	3円	○	4円	○	5円	○	○	○	○	○	○	○							
23	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	○	124,810円	○	210,410円	○	274,090円	○	○	○	○	○	○	○							
24	指定介護療養型医療施設		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
25	訪問看護	☆( )万円×	○	4円	○	5円	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
26	○老人介護支援センター	☆( )時間×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
27	○地域包括支援センター	☆(2400)時間×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
28	○介護予防支援事業	☆(1000)時間×	○	4円	○	7円	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
29	○介護予防-日常生活支援総合事業	☆( )時間×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
30	○その他( )	☆( )時間×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
合計保険料 各保険料毎の合計(①~⑨)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。		①		579,350円	②	14,950円	③	76,240円	④	146,250円	⑤	4,500円	⑥	209,050円	⑦-1	100,360円	⑦-2	89,600円	⑧	40,000円	⑨	37,000円
中途加入の場合の保険料 各保険料毎の合計(①~⑨)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/12		②×	ケ月/12	③×	ケ月/12	④×	ケ月/12	⑤×	ケ月/12	⑥×	ケ月/12	⑦-1×	ケ月/12	⑦-2×	ケ月/12	⑧×	ケ月/12	⑨×	ケ月/12
【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		円	③	円	④	*3 円	⑤	円	⑥	*3 円	⑦-1	円	⑦-2	*3 円	⑧	*3 円	⑨	円		

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・つる製品製造業者、建設業者等  
 ※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除きます。

職種級別 (A) ☆職業・職務 (事務)

動産総合保険部分と受託者賠償責任保険部分はセット加入となります。どちらか一方の加入はできませんので、ご注意ください。  
 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

★またはが事実とするので、(医師賠償責任) ☆が...  
 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...  
 (総合生活保険(傷害補償)) 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。  
 (※1)サービスの種類を具体的に記入してください。  
 (※2)車検証に記載されている登録番号を記入してください。  
 (※3)【④⑥⑦-2(Cコースのみ)⑧の中途加入時保険料計算方法について】  
 (1)1名あたりの保険料×ケ月/12円単位を四捨五入して10円単位にしてください。  
 (2)(1)で算出した保険料に加入人数を乗じます。

総合計保険料(一時払)	1,297,300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

## 告知事項の申告書

ご加入の保険につきご記入ください。

①事業者賠償責任保険 ②借用不動産賠償責任 ③事業者医療事故賠償責任保険 ⑤サービス従事者感染症補償保険 ⑦-IおよびII A、Bサービス利用者傷害見舞金保険  
(レジャー・サービス施設費用保険、約定履行費用保険) ⑨事業者現金等総合保険・身元信用保険 にご加入の方は以下告知事項の記入をお願いします。

★賠償責任保険(上記①～③の保険)		☆レジャー・サービス施設費用保険 約定履行費用保険(上記⑤、⑦-1,2A・B)		★動産総合保険(上記⑨の保険)		★身元信用保険(上記⑨の保険)		
1.本契約で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	1.過去において同種の保険の引受けを拒否された事がありますか。	はい いいえ	1.過去において同種の保険契約等の引受けを拒絶されたことがありますか。	はい いいえ	1.過去において同種の保険契約等の引受けを拒絶されたことがありますか。	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.過去1年間以内に同種の保険の保険金請求または受領したことがありますか。	はい いいえ	2.過去3年以内に同種の保険契約等の保険金・共済金(10万円以上)を請求または受領したことはありますか。	はい いいえ	2.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	
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。		3.上記1.2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 回数 合計額		3.上記2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 回数 合計額		3.同一被保証人にかかる他の同種の保険契約等の有無	あり なし	
他の保険契約または共済契約の有無		レジャー・サービス施設費用保険・約定履行費用保険について他の保険契約または共済契約の有無		他の同種の保険契約等の有無		4.前年度契約の有無 「あり」の場合は下記にご記入ください。	あり なし	
会社名:	あり	会社名:	あり	会社名:	あり	会社名	満期日	支払限度額
満期日:		満期日:		満期日:				
保険等の種類:	なし	保険等の種類:	なし	保険等の種類:	なし	「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5節信用補償条項」等の他の保険契約または共済契約をいいます。		
支払限度額:		保険金額(契約金額):		保険金額:				

「③事業者医療事故賠償責任保険」にご加入の場合は、別途「医師賠償責任保険告知事項申告書」のご提出も必要となります。

④サービス従事者傷害保険 ⑥サービス利用者傷害保険 ⑦-2サービス利用者傷害見舞金保険 IIタイプCコース(総合生活保険(傷害補償)) ⑧送迎中自動車傷害保険 にご加入の方で、表面の「他の保険契約等」が「あり」の場合以下告知事項の記入をお願いします。

他の保険契約等(※) 具体的な内容をご記入ください。

被保険者名	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)

(※)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。

介護