障害者総合支援法等対応版

介護事業者・社会福祉施設損害保険 加入依頼書

社会福祉法人　東京都社会福祉協議会　御中

【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　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）
②重要事項説明書の内容　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

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	☆施設住所	（〒　　－　　）	法人名・団体名	（フリガナ）	連絡先 TEL（　　－　　－　　）
					FAX（　　－　　－　　）
					担当者名（　　）
	☆施設名	（フリガナ） 様	施設長名・管理者名（法人・団体代表者でも可）	（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。 印 施設長印（法人代表者印）をご捺印ください。	施設床面積（　　）㎡
					施設職員数（　　）人
					定　員（　　）人
					保険始期：令和元年10月1日　午後4時　（注）
			加入依頼日：令和　　年　　月　　日		保険終期：令和2年10月1日　午後4時　（注）
			中途加入補償開始日：令和　　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。		★他の保険契約等（※）　あり

☆グループホームの名称
①（　　）②（　　）
③（　　）
☆グループホームの住所
（　　）
☆借用施設の名称　施設名（　　）
施設住所（　　）
（注）約定履行費用保険、身元信用保険
令和元年10月1日（午前0時）～令和2年9月30日（午後12時）
（※）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、「告知事項の申告」に詳細をご記入ください。

下記保険料は、令和元年10月1日から1年間の保険料です。①～⑩の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。
①施設損害賠償責任保険は行うサービス（1～15）のうち、最も保険料の高いサービス名をご選択ください。（16居宅介護支援等、17重度障害者等包括支援、18一般相談支援事業、特定相談支援事業、19法外事業、ショートステイにご加入の場合は、該当保険料を加算してください。）

事業種別番号	☆施設・事業種別（行うすべてのサービスに●をしてください）		①施設損害賠償責任保険（施設・受託者・生産物賠償責任保険）Ⅰタイプ		Ⅱタイプ		Ⅲタイプ		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医療事故賠償責任保険（医師賠償責任保険）	④従事者向け傷害保険（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従事者向け感染症補償保険（約定履行費用保険）	⑥施設・サービス利用者向け傷害保険（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）Ⅰタイプ	Ⅱタイプ	Ⅲタイプ	⑦サービス利用者傷害見舞金補償保険 Ⅰタイプ（レジャーサービス施設費用保険）	Ⅱタイプ（約定履行費用保険、総合生活保険（傷害補償）、管理下のみ中の傷害危険補償特約付帯総合生活保険（傷害補償））	⑧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特約付帯傷害保険）	⑨施設現金等総合保険・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）	⑩就労支援事業向け作業受託物賠償責任保険（受託者賠償責任保険）
1	施設入所支援	○	○32,820円	ショートステイ（定員あたり）○1名 19,640円 ○2名 20,590円 ○3名 21,530円 ○4名 22,470円 ○5名 23,420円 ○6名 24,350円	○62,370円	ショートステイ（定員あたり）○1名 35,720円 ○2名 37,450円 ○3名 39,130円 ○4名 40,860円 ○5名 42,580円 ○6名 44,370円	○68,610円	ショートステイ（定員あたり）○1名 39,290円 ○2名 41,200円 ○3名 43,040円 ○4名 44,950円 ○5名 46,830円 ○6名 48,810円	○2千万円 14,950円 ○5千万円 37,880円 ☆ 借用施設の明細：上記記載の施設	○Ⅰタイプ 45,000円 ○Ⅱタイプ 76,240円	○Ⅰタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆（　　）人 × 6,490円 =（　　）円 ○Ⅱタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆（　　）人 × 8,850円 =（　　）円 ○Ⅲタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆（　　）人 × 16,430円 =（　　）円 ☆ 職業・職務（　　）職種級別（　　）	ご加入に際し、感染症補償規程のご提出が必要となります。 ○ 全従事者数（常勤・非常勤） 300円 × ☆（　　）人 =（　　）円 ☆ 感染症補償規程を変更する際は通知が必要となります。	○ 施設C（通所型）（管理下のみ補償・往復途上補償） 3,150円 × 1日の最高利用者数 ☆（　　）人 =（　　）円	○ 施設C（通所型）（管理下のみ補償・往復途上補償） 7,170円 × 1日の最高利用者数 ☆（　　）人 =（　　）円	○ 施設C（通所型）（管理下のみ補償・往復途上補償） 14,340円 × 1日の最高利用者数 ☆（　　）人 =（　　）円	○ 50,180円	○Aコース 1日の最高利用者数 ×☆（　　）人 × 1,220円 =（　　）円 ○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆（　　）人 × 3,620円 =（　　）円 ○Cコース（入所者）入所者数 ☆（　　）人 × 1,420円 =（　　）円 入所者の場合 職種級別（　） ☆職業・職務（　　） （入所者以外）1日の最高利用者数 ☆（　　）人 × 1,300円 =（　　）円 ☆A,Bコースをお申込みの場合は、サービス約款を添付願います。内容を変更する場合は通知が必要となります。	○登録番号＊（　　）法定乗車定員（　）人 ○登録番号＊（　　）法定乗車定員（　）人 ○登録番号＊（　　）法定乗車定員（　）人 2,000円 × 合計法定乗車定員（　）人 =（　　）円 ＊車検証に記載されている登録番号をご記入ください。	保険金額・支払限度額 施設現金等総合保険 動産総合保険部分（　　）万円 受託者賠償責任保険（　　）万円 身元信用保険 年間総支払限度額 全従事者数 ☆（　　）人 ○ 200万円 ○ 500万円 ○ 800万円 ○1,000万円 ○2,000万円 保険料 施設現金等総合保険 動産総合保険部分（　　）円 ＋ 受託者賠償責任保険（　　）円 ＋ 身元信用保険（　　）円 ＝（　　）円 就労継続支援A型（雇用有）の人数も必ず算入してください。 保険料についてはパンフレットP18～19をご参照ください。	○ 支払限度額（　　）百万円
2	共同生活援助（グループホーム）	介護サービス包括型 ○	○32,820円		○62,370円		○68,610円													
		外部サービス利用型 ○	○18,310円		○33,300円		○36,630円													
3	療養介護	○	○23,380円		○42,520円		○46,770円													
4	生活介護	○	○23,380円		○42,520円		○46,770円													
5	自立訓練（機能訓練）	○	○18,780円		○35,680円		○39,240円													
6	自立訓練（生活訓練）	○	○18,780円		○35,680円		○39,240円													
7	宿泊型自立訓練	○	○32,820円		○62,370円		○68,610円													
8	就労移行支援	○	○18,780円		○35,680円		○39,240円													
9	就労継続支援A型	○	○18,780円		○35,680円		○39,240円													
10	就労継続支援B型	○	○18,780円		○35,680円		○39,240円													
11	地域活動支援センターⅠ型	○	○17,570円		○31,940円		○35,130円													
12	地域活動支援センターⅡ型	○	○25,530円		○46,450円		○51,100円													
13	地域活動支援センターⅢ型	○	○25,530円		○46,450円		○51,100円													
14	福祉ホーム	○	○18,310円		○33,300円		○36,630円													
15	日中一時支援事業	○	○23,380円		○42,520円		○46,770円													
16	居宅介護、重度訪問介護、行動援護、移動支援事業、意思疎通支援事業、同行援護	○	－		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×1.2円		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×1.3円													
17	重度障害者等包括支援	○	－		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×1.8円		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×2.0円													
18	一般相談支援事業、特定相談支援事業	○	－		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×1.2円		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×1.3円													
19	法外事業（心身障害者（児）訓練事業、心身障害者授産事業と同種の事業）	30名以下 ○	○17,570円		○31,940円		○35,130円													
		31名以上 ○	○23,290円		○42,310円		○46,550円													
20	その他（　　）	○																		

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
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。	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
中途加入時の保険料合計 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×　ヶ月/12	②×　ヶ月/12	③×　ヶ月/12	④×　ヶ月/12	⑤×　ヶ月/12	⑥×　ヶ月/12	⑦×　ヶ月/12	⑧×　ヶ月/12	⑨×　ヶ月/12	⑩×　ヶ月/12
	① 円	② 円	③ 円	④ ＊1 円	⑤ 円	⑥ ＊1 円	⑦ ＊1 円	⑧ ＊1 円	⑨ 円	⑩ 円

加入事業者名（施設名）〈☆記名被保険者〉	事業種別番号	加入事業者名（施設名）〈☆記名被保険者〉	事業種別番号

★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。
（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（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（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【④⑥⑦-2（Cコースのみ）⑨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×　ヶ月/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	円
保険料払込予定日	年　月　日

東社協処理欄
月　日

＊本保険は東京都社会福祉協議会を契約者とする団体契約です。

（2019年8月作成　19-TC02321）

障害者総合支援法等対応版

介護事業者・社会福祉施設損害保険 加入依頼書

記入例

社会福祉法人　東京都社会福祉協議会　御中

【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　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）
②重要事項説明書の内容　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

加入依頼書は保険契約申込書
裏面の「告知事項の申告書」

ご加入者	☆施設住所	（〒 162 － 8953 ） 東京都新宿区神楽河岸１－１	法人名・団体名	（フリガナ） シャカイフクシホウジン　シアワセカイ 社会福祉法人　しあわせ会	連絡先 TEL（ 03 － 1234 － 5678 ） FAX（ 03 － 1234 － 5679 ） 担当者名（ 高橋 ）
	☆施設名	（フリガナ） アンシンフクシエン あんしん福祉園　様	施設長名・管理者名（法人・団体代表者でも可）	（フリガナ） シセツチョウ　タナカ　イチロウ 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。 施設長　田中　一郎　（田中 印） 施設長印（法人代表者印）をご捺印ください。	施設床面積（ 500 ）㎡ 施設職員数（ 20 ）人 定　員（ 42 ）人 保険始期：令和元年10月1日　午後4時（注） 保険終期：令和2年10月1日　午後4時（注）
				加入依頼日：令和 元 年 9 月 1 日 中途加入補償開始日：令和　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。	★他の保険契約等（※）　あり

☆グループホームの名称
①（しあわせグループホーム飯田橋）　②（しあわせグループホーム新宿）
③（しあわせグループホーム神楽坂　）
☆グループホームの住所
（①東京都新宿区神楽河岸1-2）
☆借用施設の名称　施設名（あんしんホーム）
施設住所（東京都新宿区神楽河岸1-3）
（注）約定履行費用保険、身元信用保険
令和元年10月1日（午前0時）～令和2年9月30日（午後12時）
（※）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、「告知事項の申告」に詳細をご記入ください。

下記保険料は、令和元年10月1日から1年間の保険料です。①～⑩の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。
①施設損害賠償責任保険は行うサービス（1～15）のうち、最も保険料の高いサービス名をご選択ください。（16居宅介護支援等、17重度障害者等包括支援、18一般相談支援事業、特定相談支援事業、19法外事業、ショートステイにご加入の場合は、該当保険料を加算してください。）

事業種別番号	☆施設・事業種別（行うすべてのサービスに●をしてください）		①施設損害賠償責任保険（施設・受託者・生産物賠償責任保険）Ⅰタイプ		Ⅱタイプ		Ⅲタイプ		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医療事故賠償責任保険（医師賠償責任保険）	④従事者向け傷害保険（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従事者向け感染症補償保険（約定履行費用保険）	⑥施設・サービス利用者向け傷害保険（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）Ⅰタイプ	Ⅱタイプ	Ⅲタイプ	⑦サービス利用者傷害見舞金補償保険 Ⅰタイプ（レジャーサービス施設費用保険）	Ⅱタイプ（約定履行費用保険、総合生活保険（傷害補償）、管理下のみ中の傷害危険補償特約付帯総合生活保険（傷害補償））	⑧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特約付帯傷害保険）	⑨施設現金等総合保険・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）	⑩就労支援事業向け作業受託物賠償責任保険（受託者賠償責任保険）
1	施設入所支援	●	○32,820円	ショートステイ（定員あたり）○1名 19,640円 ○2名 20,590円 ○3名 21,530円 ○4名 22,470円 ○5名 23,420円 ○6名 24,350円	●62,370円	ショートステイ（定員あたり）○1名 35,720円 ○2名 37,450円 ○3名 39,130円 ○4名 40,860円 ○5名 42,580円 ●6名 44,370円	○68,610円	ショートステイ（定員あたり）○1名 39,290円 ○2名 41,200円 ○3名 43,040円 ○4名 44,950円	○2千万円 14,950円 ●5千万円 37,880円	○Ⅰタイプ 45,000円 ●Ⅱタイプ 76,240円	●Ⅰタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆（　）人 × 6,490円 =（　）円 ●Ⅱタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆（ 20 ）人 × 8,850円 =(177,000)円 ○Ⅲタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆（　）人 × 10,430円 =（　）円	ご加入に際し、感染症補償規程のご提出が必要となります。 ● 全従事者数（常勤・非常勤） 300円 × ☆（ 20 ）人 =(6,000)円 ☆ 感染症補償規程を変更する際は通知が必要となります。	● 施設C（通所型）（管理下のみ補償・往復途上補償） 3,150円 × 1日の最高利用者数 ☆（22）人 = (69,300)円	○ 施設C（通所型）（管理下のみ補償・往復途上補償） 7,170円 × 1日の最高利用者数 ☆（　）人 = （　）円	○ 施設C（通所型）（管理下のみ補償・往復途上補償） 14,340円 × 1日の最高利用者数 ☆（　）人 = （　）円	● 50,180円	○Aコース 1日の最高利用者数 ×☆（　）人 × 1,220円 =（　）円 ○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆（　）人 × 3 =（ ○C（入 入所 ☆（　）人 × 1,420円 =（　）円 入所者の場合 職種級別（　） ☆職業・職務（　） （入所者以外）1日の最高利用者数 ☆（　）人 × 1,300円 =（　）円 ☆A,Bコースをお申込みの場合は、サービス約款を添付願います。内容を変更する場合は通知が必要となります。	●登録番号＊（多摩530ℓ111） 法定乗車定員（ 5 ）人 ○登録番号＊ ○登録番号＊ Cコースにご加入の入所者の場合、職業・職務、職種級別をご記入ください。 2,000円 × 合計法定乗車定員（ 10 ）人 =(20,000)円 ＊車検証に記載されている登録番号をご記入ください。	保険金額・支払限度額 施設現金等総合保険 動産総合保険部分（ 300 ）万円 受託者賠償責任保険（ 300 ）万円 身元信用保険 年間総支払限度額 全従事者数 ☆（ 20 ）人 ○ 200万円 ○ 500万円 ○ 800万円 ●1,000万円 ○2,000万円 保険料 施設現金等総合保険 動産総合保険部分（ 3,600 ）円 + 受託者賠償責任保険（ 5,400 ）円 + 身元信用保険（28,580）円 = (37,580)円 就労継続支援A型(雇用有)の人数も必ず算入してください。 保険料についてはパンフレットP18～19をご参照ください。	○ 支払限度額（　）百万円
2	共同生活援助（グループホーム）	介護サービス包括型 ○	○32,820円		○62,370円		○68,610円						● 施設C（通所型）（管理下のみ補償・往復途上補償） 3,150円 × 1日の最高利用者数 ☆（22）人 = (69,300)円	○ 施設C（通所型）（管理下のみ補償・往復途上補償） 7,170円 × 1日の最高利用者数 ☆（　）人 = （　）円	○ 施設C（通所型）（管理下のみ補償・往復途上補償） 14,340円 × 1日の最高利用者数 ☆（　）人 = （　）円					
		外部サービス利用型 ○	○18,310円		○33,300円		○36,630円													
3	療養介護	○	○23,380円		○42,520円		○46,770円													
4	生活介護	●	○23,380円		○42,520円		○46,770円													
5	自立訓練（機能訓練）	○	○18,780円		○35,680円		○39,240円													
6	自立訓練（生活訓練）	○	○18,780円		○35,680円		○39,240円													
7	宿泊型自立訓練	○	○32,820円		○62,370円		○68,610円													
8	就労移行支援	●	○18,780円		○35,680円		○39,240円													
9	就労継続支援A型	○	○18,780円		○35,680円		○39,240円													
10	就労継続支援B型	○	○18,780円		○35,680円		○39,240円													
11	地域活動支援センターⅠ型	○	○17,570円		○31,940円		○35,130円													
12	地域活動支援センターⅡ型	○	○25,530円		○46,450円		○51,100円													
13	地域活動支援センターⅢ型	○	○25,530円		○46,450円		○51,100円													
14	福祉ホーム	○	○18,310円		○33,300円		○36,630円													
15	日中一時支援事業	○	○23,380円		○42,520円		○46,770円													
16	居宅介護、重度訪問介護、行動援護、移動支援事業、意思疎通支援事業、同行援護	○	－		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×1.2円		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×1.3円													
17	重度障害者等包括支援	○	－		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×1.8円		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×2.0円													
18	一般相談支援事業、特定相談支援事業	○	－		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×1.2円		○従事者年間総活動時間 ★（　）時間 ×1.3円													
19	法外事業（心身障害者(児)訓練事業、心身障害者授産事業と同種の事業）	30名以下 ○	○17,570円		○31,940円		○35,130円													
		31名以上 ○	○23,290円		○42,310円		○46,550円													
20	その他（　）	○																		

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。

農林業作業者、漁業作業者、採鉱・採石作業者、自動車運転者※（助手を含む）、木・竹・草・つる製品製造作業者、建設作業者　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該当しません。

☆職業・職務（ 事務 ）職種級別（ A ）

☆職業・職務（ 事務 ）職種級別（ A ）

施設入所支援・共同生活援助（グループホーム）、ショートステイを行う場合は入所型となります。

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。

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	106,740 円	②	37,880 円	③	76,240 円	④	177,000 円	⑤	6,000 円	⑥	138,300 円	⑦	50,180 円	⑧	20,000 円	⑨	37,580 円	⑩	円
中途加入時の保険料合計 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× ヶ月/12	① 円	②× ヶ月/12	② 円	③× ヶ月/12	③ 円	④× ヶ月/12	④ *1 円	⑤× ヶ月/12	⑤ 円	⑥× ヶ月/12	⑥ *1 円	⑦× ヶ月/12	⑦ *1 円	⑧× ヶ月/12	⑧ *1 円	⑨× ヶ月/12	⑨ 円	⑩× ヶ月/12	⑩ 円

【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。

加入事業者名（施設名）〈☆記名被保険者〉	事業種別番号	加入事業者名（施設名）〈☆記名被保険者
あんしん福祉園	①④⑧	

加入施設ごとの事業種別番号を漏れなく記載ください。

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。
賠償責任保険）
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（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））
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【④⑥⑦-2（Cコースのみ）⑨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×　ヶ月/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	649,920 円
保険料払込予定日	年　月　日

東社協処理欄
月　日

＊本保険は東京都社会福祉協議会を契約者とする団体契約です。

（2019年8月作成　19-TC02321）

その他措置・軽費等版

社会福祉法人　東京都社会福祉協議会　御中

介護事業者･社会福祉施設損害保険 加入依頼書

障害者総合支援法へ移行済みの事業者の皆様は「障害者総合支援法等対応版」をご使用ください。

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	☆施設住所	(〒　　－　　)	法人名･団体名	(フリガナ)	連絡先 TEL(　　－　　－　　) / FAX(　　－　　－　　) / 担当者名(　　) / ☆グループホームの名称 ①(　　) ②(　　)
	☆施設名	(フリガナ)	施設長名･管理者名(法人･団体代表者でも可)	(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。 印 施設長印(法人代表者印)をご捺印ください。	施設床面積(　　)㎡ / 施設職員数(　　)人 / 定員(　　)人 / ☆グループホームの住所 (　　) / ☆借用施設の名称　施設名(　　) 施設住所(　　)
		様	加入依頼日：令和　　年　　月　　日		保険始期：令和元年10月1日　午後4時　(注) / 保険終期：令和2年10月1日　午後4時　(注)
			中途加入補償開始日：令和　　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。		★他の保険契約等(※)　あり

(注)約定履行費用保険、身元信用保険
令和元年10月1日(午前0時)～令和2年9月30日(午後12時)
(※) 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、「告知事項の申告」に詳細をご記入ください。

下記保険料は、令和元年10月1日から1年間の保険料です。①～⑩の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。

補償対象とする施設･事業種別に●を付けてください。

事業種別番号	☆施設・事業種別	①施設損害賠償責任保険(施設･受託者･生産物賠償責任保険) Iタイプ		IIタイプ		IIIタイプ		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医療事故賠償責任保険(医師賠償責任保険)	④従事者向け傷害保険(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従事者向け感染症補償保険(約定履行費用保険)	⑥施設･サービス利用者向け傷害保険(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) 入所型	通所型	Iタイプ	IIタイプ	IIIタイプ	⑦サービス利用者傷害見舞金補償保険 Iタイプ(レジャーサービス施設費用保険)	IIタイプ(約定履行費用保険､総合生活保険(傷害補償)､管理下のみ中の傷害危険補償特約付帯総合生活保険(傷害補償))	⑧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特約付帯傷害保険)	⑨施設現金等総合保険･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)	⑩就労支援事業向け作業受託物賠償責任保険(受託者賠償責任保険)
1	婦人保護施設	○15,580円	ショートステイ(定員あたり) ○1名 19,640円 ○2名 20,590円 ○3名 21,530円 ○4名 22,470円 ○5名 23,420円 ○6名 24,350円 デイサービス(1施設あたり) ○ 25,530円	○28,350円	ショートステイ(定員あたり) ○1名 35,720円 ○2名 37,450円 ○3名 39,130円 ○4名 40,860円 ○5名 42,580円 ○6名 44,370円 デイサービス(1施設あたり) ○ 46,450円	○31,180円	ショートステイ(定員あたり) ○1名 39,290円 ○2名 41,200円 ○3名 43,040円 ○4名 44,950円 ○5名 46,830円 ○6名 48,810円 デイサービス(1施設あたり) ○ 51,100円	○2千万円 14,950円 ○5千万円 37,880円 ☆ 借用施設の明細：上記記載の施設	○Iタイプ 45,000円 ○IIタイプ 76,240円	○Iタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆(　　)人 × 6,490円 =(　　)円 ○IIタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆(　　)人 × 8,850円 =(　　)円 ○IIIタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆(　　)人 × 16,430円 =(　　)円 ☆ 職業･職務(　　) 職種級別(　　)	ご加入に際し、感染症補償規程のご提出が必要となります。 ○ 全従事者数(常勤･非常勤) 300円 × ☆(　　)人 =(　　)円 ☆ 感染症補償規程を変更する際は通知が必要となります。	○		○ 施設C(通所型) 3,150円 × 1日の最高利用者数(定員) ☆(　)人 =(　)円 ＊ショートステイは､入所型でご加入ください。 ○ 施設D(入所型) 3,450円 × 入所者数 ☆(　)人 =(　)円 ☆職業･職務(　　) 職種級別(　　)	○ 施設C(通所型) 7,170円 × 1日の最高利用者数(定員) ☆(　)人 =(　)円 ○ 施設D(入所型) 8,440円 × 入所者数 ☆(　)人 =(　)円	○ 施設C(通所型) 14,340円 × 1日の最高利用者数(定員) ☆(　)人 =(　)円 ○ 施設D(入所型) 17,590円 × 入所者数 ☆(　)人 =(　)円	○41,900円	○Aコース 1日の最高利用者数 ×☆(　　)人 × 1,220円 =(　　)円 ○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆(　　)人 × 3,620円 =(　　)円 ○Cコース(入所者) 入所者数 ☆(　　)人 × 1,420円 =(　　)円 入所者の場合 職種級別(　) ☆職業･職務(　　) (入所者以外) 1日の最高利用者数 ☆(　　)人 × 1,300円 =(　　)円 ☆A,Bコースをお申込みの場合は、サービス約款を添付願います。内容を変更する場合は通知が必要となります。	○登録番号＊(　　) 法定乗車定員(　)人 ○登録番号＊(　　) 法定乗車定員(　)人 ○登録番号＊(　　) 法定乗車定員(　)人 ○登録番号＊(　　) 法定乗車定員(　)人 ○登録番号＊(　　) 法定乗車定員(　)人 ○登録番号＊(　　) 法定乗車定員(　)人 2,000円 × 合計法定乗車定員(　　)人 =(　　)円 ＊車検証に記載されている登録番号をご記入ください。	保険金額･支払限度額 施設現金等総合保険 動産総合保険部分(　　)万円 受託者賠償責任保険(　　)万円 身元信用保険 全従事者数 ☆(　　)人 ○200万円 ○500万円 ○800万円 ○1,000万円 ○2,000万円 保険料 施設現金等総合保険 動産総合保険部分(　　)円 ＋ 受託者賠償責任保険(　　)円 ＋ 身元信用保険(　　)円 ＝ (　　)円 保険料についてはパンフレットP18～19をご覧ください。	○ 支払限度額(　　)百万円 (　　)円
2	救護施設	○21,470円		○39,040円		○42,940円						○					○41,900円				
3	更生施設	○32,820円		○59,660円		○65,620円						○					○41,900円				
4	宿泊所･宿所提供施設	○14,720円		○26,750円		○29,430円											○41,900円				
5	養護老人ホーム	○20,780円		○39,510円		○43,470円						○					○50,180円				
6	軽費老人ホーム(A型)	○15,580円		○29,610円		○32,580円						○					○50,180円				
7	軽費老人ホーム(B型)	○14,820円		○28,130円		○30,940円						○					○50,180円				
8	軽費老人ホーム(ケアハウス型)	○15,580円		○29,610円		○32,580円						○					○50,180円				
9	都市型軽費老人ホーム	○15,580円		○29,610円		○32,580円						○					○50,180円				
10	盲人ホーム	○22,270円		○40,520円		○44,570円						○	○				○50,180円				
11	福祉センター(高齢者･身体障害者)･老人憩いの家	○10,250円		○18,650円		○20,520円											○50,180円				
12	授産場･社会事業授産	○32,820円		○59,660円		○65,620円						○	○				○50,180円				
13	認定生活困窮者就労訓練事業	○18,780円		○35,680円		○39,240円						○	○				○50,180円				
14	その他(　　)																				

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　円	⑨　円	⑩　円
中途加入時の保険料合計 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×　ヶ月/12 ①　円	②×　ヶ月/12 ②　円	③×　ヶ月/12 ③　円	④×　ヶ月/12 ④ *1　円	⑤×　ヶ月/12 ⑤　円	⑥×　ヶ月/12 ⑥ *1　円	⑦×　ヶ月/12 ⑦ *1　円	⑧×　ヶ月/12 ⑧ *1　円	⑨×　ヶ月/12 ⑨　円	⑩×　ヶ月/12 ⑩　円

加入事業者名(施設名)〈☆記名被保険者〉	事業種別番号	加入事業者名(施設名)〈☆記名被保険者〉	事業種別番号

★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。

(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(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(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【④⑥⑦-2(Cコースのみ)⑨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×　ヶ月/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	円
保険料払込予定日	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

＊本保険は東京都社会福祉協議会を契約者とする団体契約です。

(2019年8月作成　19-TC02321)

その他措置・軽費等版

社会福祉法人　東京都社会福祉協議会　御中

介護事業者・社会福祉施設損害保険 加入依頼書

障害者総合支援法へ移行済みの事業者の皆様は「障害者総合支援法等対応版」をご使用ください。

加入依頼書は保険契約申込書の
裏面の「告知事項の申告書」に

記入例

ご加入者	☆施設住所	(〒 162 － 8953) 東京都新宿区神楽河岸１－１	法人名・団体名	(フリガナ) シャカイフクシホウジン　アンシンフクシカイ 社会福祉法人　あんしん福祉会	連絡先 TEL(03 － 1234 － 5678) FAX(03 － 1234 － 5679) 担当者名(鈴木)
	☆施設名	(フリガナ) アンシンフクシエン あんしん福祉園　様	施設長名・管理者名(法人・団体代表者でも可)	(フリガナ) シセツチョウ　タナカ　イチロウ 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。 施設長　田中　一郎　(田中)印 施設長印(法人代表者印)をご捺印ください。	施設床面積(2,000)㎡ 施設職員数(20)人 定員(42)人
			加入依頼日：令和 元 年 9 月 1 日		保険始期：令和元年10月1日　午後4時　(注)
			中途加入補償開始日：令和　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：令和２年10月１日　午後4時　(注) ★他の保険契約等(※)　あり

☆グループホームの名称
①(しあわせグループホーム)
②(　)
☆グループホームの住所
(東京都新宿区神楽河岸 1-2)
☆借用施設の名称　施設名(あんしんホーム)
施設住所(東京都新宿区神楽河岸1-3)
(注)約定履行費用保険、身元信用保険
令和元年10月1日(午前0時)～令和2年9月30日(午後12時)
(※) 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、「告知事項の申告」に詳細をご記入ください。

下記保険料は、令和元年10月1日から１年間の保険料です。①～⑩の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。

補償対象とする施設・事業種別に●を付けてください。

事業種別番号	☆施設・事業種別	①施設損害賠償責任保険(施設・受託者・生産物賠償責任保険) Ⅰタイプ		Ⅱタイプ		Ⅲタイプ		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医療事故賠償責任保険(医師賠償責任保険)	④従事者向け傷害保険(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従事者向け感染症補償保険(約定履行費用保険)	⑥施設・サービス利用者向け傷害保険(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) 入所型	通所型	Ⅰタイプ	Ⅱタイプ	Ⅲタイプ	⑦サービス利用者傷害見舞金補償保険 Ⅰタイプ(レジャーサービス施設費用保険)	Ⅱタイプ(約定履行費用保険、総合生活保険(傷害補償)、管理下のみ中の傷害危険補償特約付帯総合生活保険(傷害補償))	⑧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特約付帯傷害保険)	⑨施設現金等総合保険・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)	⑩就労支援事業向け作業受託物賠償責任保険(受託者賠償責任保険)
1	婦人保護施設	○15,580円	ショートステイ(定員あたり) ○1名 19,640円 ●2名 20,590円 ○3名 21,530円 ○4名 22,470円 ○5名 23,420円 ○6名 24,350円 デイサービス(1施設あたり) ○ 25,530円	○28,350円	ショートステイ(定員あたり) ○1名 35,720円 ○2名 37,450円 ○3名 39,130円 ○4名 40,860円 ○5名 42,580円 ○6名 44,370円 デイサービス(1施設あたり) ○ 46,450円	○31,180円	ショートステイ(定員あたり) ○1名 39,290円 ○2名 41,200円 ○3名 43,040円 ○4名 44,950円 ○5名 46,830円 ☆	○2千万円 14,950円 ●5千万円 37,880円	○Ⅰタイプ 45,000円 ●Ⅱタイプ 76,240円	○Ⅰタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆( )人 × 6,490円 =( )円 ●Ⅱタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆(20)人 × 8,850円 =(177,000)円 ○Ⅲタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆( )人 × 16,430円 =( )円 ☆ 職業・職務(事務) 職種級別(A)	ご加入に際し、感染症補償規程のご提出が必要となります。 ●全従事者数(常勤・非常勤) 300円 × ☆(20)人 =(6,000)円 ☆感染症補償規程を変更する際は通知が必要となります。	○		○ 施設C(通所型) 3,150円 × 1日の最高利用者数(定員) ☆( )人 =( )円	○ 施設C(通所型) 7,170円 × 1日の最高利用者数(定員) ☆( )人 =( )円	○ 施設C(通所型) 14,340円 × 1日の最高利用者数(定員) ☆( )人 =( )円 ＊ショートステイは、入所型でご加入ください。	○41,900円	○Aコース 1日の最高利用者数 ×☆( )人 × 1,220円 =( )円 ○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆( )人 × 3,6 =(○Cコース(入所 入所者 ☆( )人 × 1,420円 =( )円 入所者の場合 職種級別( ) ☆職業・職務( ) (入所者以外) 1日の最高利用者数 ☆( )人 × 1,300円 =( )円 ☆A,Bコースをお申込みの場合は、サービス約款を添付願います。内容を変更する場合は通知が必要となります。	●登録番号＊(多摩530ｷ111) 法定乗車定員(5)人 ○登録番号＊( ) 法定乗車定員( )人 ○登録番号＊( ) 法定乗車定員( )人 ○登録番号＊( ) 法定乗車定員( )人 ○登録番号＊( ) 法定乗車定員( )人 2,000円 × 合計法定乗車定員(5)人 =(10,000)円 ＊車検証に記載されている登録番号をご記入ください。 Cコースにご加入の入所者の場合、職業・職務、職種級別をご記入ください。	保険金額・支払限度額 施設現金等総合保険 動産総合保険部分(200)万円 受託者賠償責任保険(200)万円 身元信用保険 全従事者数 ☆(20)人 ○200万円 ○500万円 ○800万円 ●1,000万円 ○2,000万円 保険料 施設現金等総合保険 動産総合保険部分(2,400)円 ＋ 受託者賠償責任保険(3,600)円 ＋ 身元信用保険(28,580)円 ＝ (34,580)円 保険料についてはパンフレットP18～19をご覧ください。	○ 支払限度額( )百万円 ( )円
2	救護施設	○21,470円		○39,040円		○42,940円						○					○41,900円				
3	更生施設	●32,820円		○59,660円		○65,620円						●					●41,900円				
4	宿泊所・宿所提供施設	○14,720円		○26,750円		○29,430円											○41,900円				
5	養護老人ホーム	○20,780円		○39,510円		○43,470円						○					○50,180円				
6	軽費老人ホーム(A型)	○15,580円		○29,610円		○32,580円						○					○50,180円				
7	軽費老人ホーム(B型)	○14,820円		○28,130円		○30,940円						○					○50,180円				
8	軽費老人ホーム(ケアハウス型)	○15,580円		○29,610円		○32,580円						○		● 施設D(入所型) 3,450円 × 入所者数 ☆(42)人 =(144,900)円	○ 施設D(入所型) 8,440円 × 入所者数 ☆( )人 =( )円	○ 施設D(入所型) 17,590円 × 入所者数 ☆( )人 =( )円	○50,180円				
9	都市型軽費老人ホーム	○15,580円		○29,610円		○32,580円						○					○50,180円				
10	盲人ホーム	○22,270円		○40,520円		○44,570円						○	○				○50,180円				
11	福祉センター(高齢者・身体障害者)・老人憩いの家	○10,250円		○18,650円		○20,520円						○	○				○50,180円				
12	授産場・社会事業授産	○32,820円		○59,660円		○65,620円						○	○	☆職業・職務(事務) 職種級別(A)			○50,180円				
13	認定生活困窮者就労訓練事業	○18,780円		○35,680円		○39,240円						○	○				○50,180円				
14	その他( )																				

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。

農林業作業者、漁業作業者、採鉱・採石作業者、自動車運転者※(助手を含む)、木・竹・草・つる製品製造作業者、建設作業者　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該当しません。

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。

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 53,410 円	② 37,880 円	③ 76,240 円	④ 177,000 円	⑤ 6,000 円	⑥ 144,900 円	⑦ 41,900 円	⑧ 10,000 円	⑨ 34,580 円	⑩ 円
中途加入時の保険料合計 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× ヶ月/12 ① 円	②× ヶ月/12 ② 円	③× ヶ月/12 ③ 円	④× ヶ月/12 ④ *1 円	⑤× ヶ月/12 ⑤ 円	⑥× ヶ月/12 ⑥ *1 円	⑦× ヶ月/12 ⑦ *1 円	⑧× ヶ月/12 ⑧ *1 円	⑨× ヶ月/12 ⑨ 円	⑩× ヶ月/12 ⑩ 円

【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。

加入事業者名(施設名)〈☆記名被保険者〉	事業種別番号	加入事業者名(施設名)〈☆記名被保険者〉	
あんしん福祉園	③		

加入施設ごとの事業種別番号を漏れなく記載ください。

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 ください。
賠償責任保険)
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(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(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【④⑥⑦-2(Cコースのみ)⑨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×　ヶ月/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	581,910 円
保険料払込予定日	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

＊本保険は東京都社会福祉協議会を契約者とする団体契約です。

(2019年8月作成　19-TC02321)

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施設損害賠償責任保険　②借用不動産賠償責任　③医療事故賠償責任保険　⑤従事者向け感染症補償保険⑦―I, IIサービス利用者傷害見舞金補償保険(レジャー・サービス施設費用保険、約定履行費用保険)　⑨施設現金等総合保険、身元信用保険　⑩就労支援施設向け作業受託賠償責任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①～③⑩の保険)

1.本保険の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。	

他の保険契約または共済契約の有無

会　社　名: 満　期　日:	あり
保険等の種類: 支 払 限 度 額:	なし

★約定履行費用保険(上記⑤、⑦-II(A・Bコース)
★レジャー・サービス施設費用保険(上記⑦-Iの保険)

レジャーサービス施設費用保険・約定履行費用保険について他の保険契約または共済契約の有無	

他の保険契約または共済契約の有無

会　社　名: 満　期　日:	あり
保険等の種類: 保険金額(支払限度額):	なし

★動産総合保険(上記⑨の保険)

1.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
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
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	

他の保険契約または共済契約の有無

会　社　名: 満　期　日:	あり
保険等の種類: 保　険　金　額:	なし

★身元信用保険(上記⑨の保険)

1.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
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.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
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	満期日	支払い限度額

「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。

「③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従事者向け傷害保険　⑥施設・サービス利用者向け傷害保険　⑦―2サービス利用者傷害見舞金補償保険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"の場合は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。