


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「個人情報取扱に関するご案内」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 ()	☆グループホームの名称 ①() ②() ③()
	☆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。 	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 ()
		会員番号		施設長印(法人代表者印)をご捺印ください。	保険始期：令和6年10月1日 午後4時 (注)	保険終期：令和7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 令和6年10月1日(午前0時)～令和7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、「告知事項の申告書」に詳細をご記入ください。
		様	加入依頼日：令和 年 月 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		

下記保険料は、令和6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)			②借用不動産賠償責任保険 (施設賠償責任保険 借用不動産損害担保特約)	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従事者向け傷害・感染症補償保険 (更新加入者のみ付帯可能) (総合生活保険(傷害補償) 特定感染症危険補償特約 就業中のみの危険補償特約)	⑦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・往復路上傷害危険補償特約付帯総合生活保険(傷害補償))			⑧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・往復路上傷害危険補償特約付帯総合生活保険(傷害補償))	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特約付帯傷害保険)	⑩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)	⑪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)
		Iタイプ	IIタイプ	IIIタイプ						Iタイプ	IIタイプ	IIIタイプ					
1	施設入所支援 ○	○43,320円		○82,320円						○	○	○	○	○	○	○	○
2	共同生活援助(グループホーム) 介護サービス包括型 ○ 外部サービス利用型 ○	○43,320円 ○24,170円	ショートステイ	○82,320円 ○43,960円						○	○	○	○	○	○	○	○
3	療養介護 ○	○30,870円	(定員あたり)	○56,120円						○	○	○	○	○	○	○	○
4	生活介護 ○	○30,870円	○1名	○56,120円						○	○	○	○	○	○	○	○
5	自立訓練(機能訓練) ○	○24,790円	25,930円	○47,100円						○	○	○	○	○	○	○	○
6	自立訓練(生活訓練) ○	○24,790円		○47,100円						○	○	○	○	○	○	○	○
7	宿泊型自立訓練 ○	○43,320円	○2名	○82,320円						○	○	○	○	○	○	○	○
8	就労移行支援 ○	○24,790円	○2名	○47,100円						○	○	○	○	○	○	○	○
9	就労継続支援A型 ○	○24,790円	27,180円	○47,100円						○	○	○	○	○	○	○	○
10	就労継続支援B型 ○	○24,790円		○47,100円						○	○	○	○	○	○	○	○
11	地域活動支援センターI型 ○	○23,190円	○3名	○42,160円						○	○	○	○	○	○	○	○
12	地域活動支援センターII型 ○	○33,700円	28,420円	○61,310円						○	○	○	○	○	○	○	○
13	地域活動支援センターIII型 ○	○33,700円		○61,310円						○	○	○	○	○	○	○	○
14	福祉ホーム ○	○24,170円	○4名	○43,960円						○	○	○	○	○	○	○	○
15	日中一時支援事業 ○	○30,870円	○4名	○56,120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 ○	-	29,660円	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×1.6円	53,930円	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×1.8円	○5名 61,820円			○	○	○	○	○	○	○	○
17	重度障害者等包括支援 ○	-	30,910円	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×2.5円	56,210円	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×2.7円	○6名 64,430円			○	○	○	○	○	○	○	○
18	一般相談支援事業、特定相談支援事業 ○	-	32,140円	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×1.6円	58,560円	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×1.8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 ○ 31名以上 ○	○23,190円 ○30,750円	○42,160円 ○55,850円						○	○	○	○	○	○	○	○
20	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	⑪	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	円	②	円	③	円	④	円	⑤	円	⑥	円	⑦	円	⑧	円	⑨	円	⑩	円	⑪	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。

☆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。

☆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。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 【④⑥⑦⑧-2(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

【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重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容(傷害保険のみ)
③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」

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

Header information form including address (東京都新宿区神楽河岸1-1), company name (社会福祉法人 しあわせ会), contact info, and insurance terms.

下記保険料は、令和6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。)

Main table with 11 columns for insurance types (e.g., 施設損害賠償責任保険, 借入不動産賠償責任保険) and 20 rows for services (e.g., 施設入所支援, 共同生活援助).

Summary table for total insurance costs (合計保険料) and mid-term addition costs (中途加入時の保険料合計).

Bottom section for policy details, including company name (あんしん福祉園), policy numbers (①④⑧), and a signature area.

【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。

Summary box for total premium (総合計保険料 734,060円) and payment date (保険料払込予定日).

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。

Application form header with fields for facility name, address, contact info, and insurance terms. Includes a stamp area for the facility manager.

下記保険料は、令和6年10月1日から1年間の保険料です。①～⑪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●をつけてください。

Main table with 11 columns for insurance types (e.g., ①施設損害賠償責任保険, ②借入不動産賠償責任保険) and 14 rows for facility types (e.g., 1 婦人保護施設, 2 救護施設). Includes a summary row for total and interim payment amounts.

Table for registration information: 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。
(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ください。

Summary table for insurance: 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).

【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

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書の裏面の「告知事項」を必ずご確認ください。

記入例

Header form containing facility name (東京都新宿区神楽河岸1-1), insurance company (社会福祉法人 あんしん福社会), contact info (TEL: 03-1234-5678), and dates (加入依頼日: 令和6年8月10日).

下記保険料は、令和6年10月1日から1年間の保険料です。①～⑪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●をつけてください。

Main table with 11 columns for insurance types (e.g., ①施設損害賠償責任保険, ②借用不動産賠償責任保険) and rows for facility types (e.g., 1 婦人保護施設, 2 救護施設, 3 更生施設).

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。

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。

*ショートステイは、入所型でご加入ください。

入所者の場合
☆職業・職務(事務)
職種級別(A)

Summary table for insurance costs. Total premium: 70,500円. Mid-term addition premium: 37,880円. Total premium including mid-term: 108,380円.

Registration information form: 加入事業者名(施設名) (あんしん福祉園), 事業種別番号 (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。

【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。
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かった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。

(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。
*1【④⑥⑦⑧-2(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。

Summary insurance cost table: 総合計保険料 649,000円, 保険料払込予定日 年月日, 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施設損害賠償責任保険 ②借用不動産賠償責任保険 ③医療事故賠償責任保険 ⑤従事者向け感染症補償保険 ⑧-1および2 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) ⑩施設現金等総合保険、身元信用保険 ⑪就労支援施設向け作業受託物賠償責任保険 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①～③⑪の保険)		★約定履行費用保険(上記⑤、⑧-2(A・Bコース) ★レジャー・サービス施設費用保険(上記⑧-1の保険)		★動産総合保険(上記⑩の保険)		★身元信用保険(上記⑩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	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	はい いいえ	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	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.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		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		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	支払い限度額
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(支払限度額):		保険金額:				

「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従事者向け傷害+感染症補償保険 ⑦施設・サービス利用者向け傷害保険 ⑧-2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)) ⑨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。

施設P