

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 ()	☆借用施設の名称 施設名 () 施設名 () 施設名 () 施設名 ()	
	☆施設名 (フリガナ)		施設床面積 ()㎡ 施設職員数 ()人 定員 ()人	施設名 () 施設名 ()	
	様		施設長名 (法人・団体代表者でも可) 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。 施設長印(法人代表者印)をご捺印下さい。	施設床面積 ()㎡ 施設職員数 ()人 定員 ()人	施設名 () 施設名 ()
			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。	保険始期: 令和 2 年 10 月 1 日 午後4時 (注) 保険終期: 令和 3 年 10 月 1 日 午後4時 (注) ★他の保険契約等 (※) あり	施設名 () 施設名 ()

下記保険料は、令和2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。

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)			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従事者向け新型コロナウイルス等感染症補償保険 (総合生活保険(傷害補償)特定感染症危険補償特約付帯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・往復途上傷害危険補償特約付帯総合生活保険(傷害補償)、学校契約団体傷害保険)			⑧サービス利用者傷害見舞金補償保険 (リジャーサービス施設費用保険)		⑨送迎中自動車傷害保険 (交通乗用具持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)						
		Iタイプ	IIタイプ	IIIタイプ						Iタイプ	IIタイプ	IIIタイプ	施設種別	Iタイプ			IIタイプ	IIIタイプ				
1	児童養護施設	○38,710円	○70,400円	○77,450円						D	～施設A・施設B～			○登録番号* ()	保険金額・支払限度額							
2	児童自立支援施設	○98,040円	○178,240円	○196,060円						D	○2,000円 × ☆在籍者数 ()人 = ()円			○登録番号* ()	施設現金等総合保険 動産総合保険部分 ()万円							
3	児童養護グループホーム、小規模住居型児童養育事業	○21,970円	○39,960円	○43,960円						D	○4,000円 × ☆在籍者数 ()人 = ()円			○登録番号* ()	受託者賠償責任保険 ()万円							
4	福祉型障害児入所施設 (知的障害児施設、自閉症児施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設)	○62,220円	○113,150円	○124,450円		○Iタイプ 45,000円	○Iタイプ 1日の最高稼働従事者数 ☆()人 × 6,490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。		D	～施設C(通所型)～			○登録番号* ()	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							
5	医療型障害児入所施設 (重症心身障害児施設、自閉症児施設、肢体不自由児施設)	○78,340円	○142,460円	○156,710円						D	○3,150円 × ☆1日の最高利用者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	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							
6	児童発達支援 (重症心身障害児通所施設、難聴幼児通園施設、知的障害児通園施設、肢体不自由児通園施設、児童デイサービス)	○59,900円	○108,920円	○119,820円		○IIタイプ 76,240円	○IIタイプ 1日の最高稼働従事者数 ☆()人 × 8,850円 = ()円			A	○7,170円 × ☆1日の最高利用者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	身元信用保険 ()円 = ()円							
7	放課後等デイサービス(旧児童デイサービス)	○40,940円	○74,460円	○81,900円						A	○14,340円 × ☆1日の最高利用者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	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							
8	自立援助ホーム	○25,810円	○46,930円	○51,620円						C	○3,450円 × ☆入所者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	身元信用保険 ()円 = ()円							
9	乳児院	○20,960円	○38,100円	○41,920円						D	○8,440円 × ☆入所者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	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							
10	保育所等訪問支援	○19,040円	○26,460円	○29,110円						B	○17,590円 × ☆入所者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	身元信用保険 ()円 = ()円							
11	認可保育所	○12,610円	○17,650円	○19,420円						B	○3,450円 × ☆入所者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	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							
12	幼保連携型認定こども園	○19,040円	○26,460円	○29,110円						B	○8,440円 × ☆入所者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	身元信用保険 ()円 = ()円							
13	小規模保育事業、家庭的保育事業 (家庭福祉員)、その他保育サービス	○19,040円	○26,460円	○29,110円						B	○17,590円 × ☆入所者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	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							
14	認証保育所	○16,390円	○22,940円	○25,240円						B	○3,450円 × ☆入所者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	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							
15	児童館、学童クラブ等	○20,080円	○36,490円	○40,130円						C	○8,440円 × ☆入所者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	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							
16	母子生活支援施設	○23,870円	○43,380円	○47,720円						C	○17,590円 × ☆入所者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	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							
17	子ども家庭支援センター(子育て支援センター)	○12,300円	○22,380円	○24,620円						C	○3,450円 × ☆入所者数(定員) ()人 = ()円			○登録番号* ()	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							
18	特定相談支援、障害児相談支援	-	○22,380円	○24,620円						-				○登録番号* ()	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							
19	その他()		○22,380円	○24,620円						-				○登録番号* ()	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							
合計保険料		①			②		③		④		⑤		⑥		⑦		⑧		⑨		⑩	
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。																						
中途加入時の保険料合計		①	①× ヶ月/12		②	②× ヶ月/12	③	③× ヶ月/12	④	④× ヶ月/12	⑤	⑤× ヶ月/12	⑥	⑥× ヶ月/12	⑦	⑦× ヶ月/12	⑧	⑧× ヶ月/12	⑨	⑨× ヶ月/12	⑩	⑩× ヶ月/12
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。																						

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。
(リ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、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、保険金をお支払いできませんので、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) 学校契約団体傷害保険)
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

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
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裏面の「告知事項の申告書」に記入してください。

Application form header with fields for facility name (東京都新宿区神楽河岸1-1), contact info (TEL: 03-1234-5678), and insurance terms (令和2年10月1日).

下記保険料は、令和2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。

Main table with 10 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 various facility types (e.g., 1 児童養護施設, 2 児童自立支援施設).

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。

施設種別をご確認の上、ご加入タイプに●印をつけてください。

Cコース(入所者)の場合、職種別(A)の職種(事務)を選択してください。

Cコースにご加入の場合、職種別(A)の職種(事務)を選択してください。

Summary section including total insurance fee (合計保険料: 115,340円), intermediate fee (中途加入時の保険料合計), and final total (総合計保険料: 681,700円).

*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。(2020年8月作成 20-T01833)

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①②③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		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	
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:	あり なし	会社名:	あり なし	会社名:	あり なし	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:	あり なし	保険等の種類:	あり なし	保険等の種類:	あり 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従事者向け新型コロナウイルス等感染症補償保険 ⑦施設・サービス利用者傷害保険 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Y