

2023年11月吉日

高齢者福祉施設・障害者支援施設・児童養護施設等の皆様へ

東京都社会福祉協議会

新型コロナウイルス発症施設への職員派遣に対する傷害保険のご案内

時下ますますご盛栄のこととお喜び申し上げます。本会事業につきましては、日頃よりご協力賜り
深謝申し上げます。

さて、高齢施設・障害施設・児童養護施設等における新型コロナウイルス感染症のクラスター発
生時に、自治体からの要請に基づき、発生施設へ職員を派遣いただく際の派遣元職員感染リスク
等への備えとして、以下の保険をご用意致しました。

- 対象：自治体からの要請に基づき、新型コロナウイルス発症施設（クラスター含む）に対して、保
健所の感染予防対策の下、他施設から職員を派遣する派遣元の施設の職員を対象と致
します。
- 補償内容：保険（派遣）期間中に就業中（通勤途上を含む）に被った「急激かつ偶然な外
来事故」により、職員がおケガをされた場合、保険期間中に時間的および場所的
に限定された医療支援活動に起因して新型コロナウイルス感染症等を発病した場
合等
- プラン・保険料例(31日の場合)

補償内容	プラン		
	A	B	C
死亡・後遺障害保険金額	2,000万円	1,000万円	500万円
入院保険金額日額	10,000円	10,000円	5,000円
通院保険金額日額	3,000円	3,000円	2,000円
保険料（1人あたり）	3,150円	1,990円	1,050円

※ おケガの場合については所定の手術をした場合、入院保険金額の10倍または5倍の額が手術保険金とし
て支払われます。傷の処置や抜歯等お支払い対象外の手術があります。

※ 保険期間中に発症したものが対象であるため、潜伏期間も加味し保険期間は1か月で設定しておりま
す。(月によって28日、30日、31日と日数が異なるため、ご加入の月によっては保険料が変わる可能性
がございます。)

- 契約者：各施設
- 手続き：各派遣元の施設から有限会社 東京福祉企画に3営業日前までにお申込みください。
別添のヒアリングシートを記入いただきFAXにてご連絡をお願い致します。受領後、契約お手続
きをご案内します。
- 取扱代理店：有限会社 東京福祉企画（東京都社会福祉協議会指定代理店）
- 引受保険会社：東京海上日動火災保険株式会社

<保険金がお支払となる主な場合>

- ・保険期間中に就業中（通勤途上を含む）に被った
- －「急激かつ偶然な外来の事故」により、職員がケガをした場合
- －地震もしくは噴火またはこれらによる津波によりケガをした場合
- －熱中症により、職員が身体に障害を被った場合
- ・**保険期間中に時間的および場所的に限定された医療支援活動に起因して新型コロナウイルス感染症を発病し、その直接の結果として、下表に該当する場合。**

	保険金の名称	保険金をお支払いする場合	お支払いする保険金の額	保険金の受取人
①	死亡保険金	発病の日からその日を含めて 180 日以内に死亡した場合	死亡・後遺障害保険金額の全額	死亡保険金受取人
②	後遺障害保険金	発病の日からその日を含めて 180 日以内に後遺障害が生じた場合	死亡・後遺障害保険金額 × 保険金支払割合 = 保険金の額	被保険者
③	入院保険金	医師等の治療を必要とし、病院等または介護保険法に定める介護療養型医療施設もしくは介護医療院に、発病の日からその日を含めて 180 日以内に入院した場合。（※ 1） ただし、発病の日からその日を含めて入院・手術保険金対象日数以内の期間の入院に限ります。	入院保険金日額 × 入院日数 = 保険金の額 ただし、同一の特定感染症について、入院保険金支払限度日数分の保険金額を限度とします。	被保険者
④	通院保険金	医師等の治療を必要とし、病院等または介護保険法に定める介護療養型医療施設もしくは介護医療院に、発病の日からその日を含めて 180 日以内に通院した場合。 ただし、発病の日からその日を含めて通院保険金対象日数以内の通院に限ります。 また、被保険者が治療を終了した時以降の通院に対しては、通院保険金を支払いません。	通院保険金日額 × 通院日数 = 保険金の額 ただし、同一の特定感染症について、通院保険金支払限度日数分の保険金額を限度とします。	被保険者

このご案内は、就業中のみの危険補償特約・天災危険補償特約（傷害用）・熱中症危険補償特約・特定感染症危険補償特約（C）をセットした総合生活保険（傷害補償）の補償概要をご紹介します。ご契約にあたっては、必ず「重要事項説明書」をよくお読みください。ご不明な点等がある場合には、別添のヒアリングシートに記載の「お問合せ先」までご連絡ください。



FAX : 03-3268-8832

有限会社 東京福祉企画行

(新型コロナウイルス感染施設への職員派遣に対する保険手当てについて)
ヒアリングシート

当社は、お客様から提供いただいたヒアリングシート記載の個人情報を東京海上日動火災保険株式会社より保険業務の委託を受けて行う損害保険およびこれに付帯・関連するサービスの提供等に利用させていただくことがあります。

1. 施設名	
2. 施設住所	
3. 電話番号	
4. ご担当者	
5. ご担当者メールアドレス	
6. 派遣先施設名	
7. 自治体からの要請有無	有・無
8. 派遣要請先	
9. 派遣対象者	
(1人目)	氏名 :
	派遣期間 : / ~ /
(2人目)	氏名 :
	派遣期間 : / ~ /
(3人目)	氏名 :
	派遣期間 : / ~ /
10. 加入希望プラン (○をしてください)	A プラン B プラン C プラン

- ◆ 保険期間終了後に、補償開始後に人数変更や派遣期間の変更が生じていないかの確認をさせていただきます。
- ◆ 変更が発生した場合につきましては、変更内容に応じた保険料の精算が必要となります。

<お問合せ先 (取扱代理店) >

有限会社 東京福祉企画 (担当 : 金沢・福田)

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂1-2 研究社英語センタービル3階

TEL : 03-3268-0910 FAX:03-3268-8832

引受保険会社 : 東京海上日動火災保険株式会社 公務第一部東京公務課

TEL : 03-3515-4126