

介護事業者版

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

【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	☆事業者住所	(〒)		法人名・団体名	(フリガナ)	連絡先 (ご担当者名:)	☆借用施設の名称 施設名 ()
						T E L ()	施設住所 ()
						F A X ()	★他の保険契約等 あり
	☆事業者名 (施設名)	(フリガナ)	会 員 番 号	代 表 者 名	(フリガナ)	事業所 (施設) 床面積 (m ²)	(※)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。
						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。	従業員数 (人)
					施設長印(法人代表者印)をご捺印ください。 印	定 員 (人)	
		様			年間売上高 (見込み) (万円)		
						保険始期: 令 和 8 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、令和8年10月1日(午前0時)～令和9年9月30日(午後12時)が保険期間となります。
						保険終期: 令 和 9 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。

事業 種別 番号	☆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*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*3 (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))				⑧-1 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)	⑧-2 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・ 往復途上傷害危険補償特約)	⑨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)	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	通所等	入所						Iタイプ	Ⅱタイプ	Ⅲタイプ																																																			
1	居宅介護支援	☆()時間×	○	4円	○	5円	○	7円	※病床数が0の 診療所に限り ます。	○Ⅰタイプ 1日の最高稼働 従事者人数 ☆()人 ×6,750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。	○ 全従事者人数	○ 全従事者数 (常勤・非常勤)	○	—	○	—	—	○ 1施設あたり 55,180円 × ☆()施設 =()円	○	○Aコース 1日の最高利用者数 ☆()人 ×1,220円 =()円	○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人	保険金額・ 支払限度額																																											
2	訪問介護・夜間対応型訪問介護	☆()時間×	○		○		○	12円						○	—	○施設C (通所・ 訪問型)	○施設C (通所・ 訪問型)	○施設C (通所・ 訪問型)		—		○		○	○	○Bコース 1日の最高利用者数 ☆()人 ×3,620円 =()円	○	○200万円 ○500万円 ○800万円 ○1,000万円 ○2,000万円 全従事者数 ☆()人 保険料																																						
3	訪問入浴介護	☆()時間×	○	5円	○	9円	○							○	—	○	×	×		×		○		○	○		○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人		受託者賠償責任保険部分 ()万円 身元信用保険 年間総支払限度額																																					
4	訪問リハビリテーション	☆()時間×	○		○		○							○	—	○	1日の最高 利用者数	1日の最高 利用者数		1日の最高 利用者数		—		○	○		○			○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																																				
5	通所介護・認知症対応型通所介護(入浴あり)	1施設あたり	○	134,550円	○	226,800円	○	295,530円						(支払限度額) ○2千万円 (保険料) 14,950円	○介護老人 福祉施設 ○介護老人 保健施設	○Ⅱタイプ 1日の最高稼働 従事者人数 ☆()人 ×9,030円 =()円	○ 全従事者人数 ☆()人 ×300円 =()円	○ 全従事者数 (常勤・非常勤)		○		—		—	○		○				○	○	○	○Cコース 入所者数 ☆()人 ×1,460円 =()円 入所者の場合 1日の最高利用者数 (入所者以外) ☆()人 ×1,350円 =()円 A,Bコースをお申込の場合は サービス約款を添付してくだ さい。サービス約款を変更する 際は通知が必要となります。	○	○合計法定乗車定員 ()人	保険料はご案内 P26～P27を ご参照ください。																													
6	通所介護・認知症対応型通所介護(入浴なし)		○	79,780円	○	120,170円	○	147,770円												○		—		—	—		—				—	—	—		—			—	○	○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																										
7	通所リハビリテーション		○	134,550円	○	226,800円	○	295,530円												○		—		—	—		—				—	—	—		—			—	○		○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																									
8	短期入所生活介護		○	152,500円	○	257,110円	○	334,960円												○		—		—	—		—				—	—	—		—			—	○			○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																								
9	短期入所生活介護(5or17に同時加入の場合)		○	84,720円	○	142,840円	○	186,080円												○		—		—	—		—				—	—	—		—			—	○				○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																							
10	小規模多機能型居宅介護		○	127,090円	○	214,240円	○	279,140円												○		—		—	—		—				—	—	—		—			—	○					○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																						
11	短期入所療養介護		○	152,500円	○	257,110円	○	334,960円												○		—		—	—		—				—	—	—		—			—	○						○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																					
12	認知症対応型共同生活介護		○	127,090円	○	214,240円	○	279,140円												○		—		—	—		—				—	—	—		—			—	○							○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																				
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)		○	127,090円	○	214,240円	○	279,140円												○		—		—	—		—				—	—	—		—			—	○								○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																			
14	特定施設入居者生活介護		○	152,500円	○	257,110円	○	334,960円	○	—	—	—	—						—	—	—	—	—	○	○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																																									
15	地域密着型特定施設入居者生活介護	○		○		○		○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	○登録番号*2 () 法定乗車定員 ()人																																															
16	福祉用具貸与	☆()万円×	○	17円	○	30円	○	38円	(支払限度額) ○5千万円 (保険料) 37,880円	○Ⅰタイプ 45,000円 ○Ⅱタイプ 76,240円	○Ⅲタイプ 1日の最高稼働 従事者人数 ☆()人 ×16,990円 =()円	○	○	○施設D	○施設D	○施設D	—	—		○	○																																													
17	福祉用具販売	☆()万円×	○		○		○							○	—	—	—	—				—	—	—		—	—	○	○																																					
18	住宅改修	☆()万円×	○	55円	○	91円	○	122円						☆ 借用施設の明細： 上記記載の施設	○Ⅰ施設あたり	○	162,250円	○				273,530円	○	356,320円		○	7円			○	○																																			
19	指定介護老人福祉施設	☆()時間×	○	4円	○	5円	○	7円								○Ⅰ施設あたり	○	162,250円				○	273,530円	○		356,320円	○					7円	○	○																																
20	○施設サービス計画作成	☆()時間×	○	4円	○	5円	○	7円									○Ⅰ施設あたり	○				162,250円	○	273,530円		○	356,320円					○			7円	○	○																													
21	地域密着型介護老人福祉施設	☆()時間×	○	4円	○	5円	○	7円										○Ⅰ施設あたり				○	162,250円	○		273,530円	○					356,320円			○			7円	○	○																										
22	○施設サービス計画作成	☆()時間×	○	4円	○	5円	○	7円														○Ⅰ施設あたり	○	162,250円		○	273,530円					○			356,320円			○			7円	○	○																							
23	介護老人保健施設・無料低額介護老人保健施設	☆()時間×	○	4円	○	5円	○	7円															○Ⅰ施設あたり	○		162,250円	○					273,530円			○			356,320円			○			7円				○	○																	
24	指定介護療養型医療施設	☆()時間×	○	4円	○	5円	○	7円																○Ⅰ施設あたり		○	162,250円					○			273,530円			○			356,320円			○	7円					○	○															
25	訪問看護サービス事業	☆()万円×	○	5円	○	7円	○	8円																		○Ⅰ施設あたり	○					162,250円			○			273,530円			○			356,320円	○	7円						○	○													
26	○老人介護支援センター	☆()時間×	○		○		○																				○Ⅰ施設あたり					○			162,250円			○			273,530円			○	356,320円	○	7円							○	○											
27	○地域包括支援センター	☆()時間×	○		○		○																		○Ⅰ施設あたり							○			162,250円			○			273,530円			○	356,320円	○	7円									○	○									
28	○介護予防支援事業	☆()時間×	○	5円	○	9円	○	12円											○Ⅰ施設あたり													○			162,250円			○			273,530円			○	356,320円	○	7円											○	○							
29	○介護予防・日常生活支援総合事業	☆()時間×	○		○		○		○Ⅰ施設あたり	○	162,250円	○	273,530円							○	356,320円											○			7円			○			○																									
30	○その他()*1	☆()時間×	○		○		○			○Ⅰ施設あたり	○	162,250円	○							273,530円	○							356,320円	○			7円			○									○																						
31	合計保険料	①	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	②	円	③	円					④	円							⑤	円	⑥	円	⑦													円	⑧-1	円													⑧-2	円	⑨	円	⑩	円	
32	中途加入の場合の保険料	①	①× ケ月/12								円	②	円	③	円	④				*3	円							⑤	円	⑥	*3	円	⑦	*3											円	⑧-1	円													⑧-2	*3	円	⑨	*3	円	⑩

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
だけないことが事実と異なる場合や事実をお答えいただけ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(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。

(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、約定経理費用保険)

☆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。

(運転総合保険)

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)サービスの種類を具体的にご記入ください。
(※2)車検証に記載されている登録番号をご記入ください。
(※3)【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の単位数を四捨五入して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。

加入者番号	総合計保険料	円
	保険料払込予定日	月 日

※保険料払込予定日を必ずご記入ください。

*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。
(2026年7月作成 26T-000512)

介護事業者版

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

【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

記入例

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)	☆信用施設の名称 施設名 (しあわせグループホーム) 施設住所 (東京都新宿区神楽河岸 1-2)
	(フリガナ) トクベツヨウブロウジンホーム シアワセ 会 員 番 号	(フリガナ) リジチョウ ヤマダ タロウ 代 表 者 名 理事長 山田 太郎 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)をご捺印ください。	事業所(施設)床面積 (800 m ²) 従業員数 (15 人) 定 員 (35 人) 年間売上高 (見込み) (3,000 万円)	★他の保険契約等 (あ り) (※)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。
	特別養護老人ホーム しあわせ	加入依頼日 : 令和 8 年 8 月 10 日	保険始期: 令 和 8 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、令和8年10月1日(午前0時)~令和9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 : 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 9 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。

[illegible]

加入事業者名(施設名)〈☆記名被保険者〉	事業種別番号
特別養護老人ホームしあわせ	②⑤⑦⑪
地域包括支援センターしあわせ	⑫

★または☆が付された内容にないでください
(医師賠償責任保険)

☆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。

■入施設ごとの事業種別番号
■専らなく記載ください。

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へご連絡ください。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。

(自動車総合保険)

☆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)

ご加入後に入加依頼書の「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)サービスの種類を具体的にご記入ください。

(※2)車検証に記載されている登録番号をご記入ください。

(※3)【④⑥⑦⑧-2(Cコースの)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。

加入者番号	総合計保険料	1,555,360 円
	保険料払込予定日	8月10日

※保険料払込予定日を必ずご記入ください。

*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。
(2026年7月作成 26T-000512)

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保険 ③事業者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 A、B 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)		☆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、⑧-1,2A・B）		★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	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	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	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		いいえ		いいえ		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	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	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	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		いいえ		いいえ		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
						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
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				
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:						
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。他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。