

在宅福祉サービス総合保険加入依頼書

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。
「告知事項申告書」(本紙裏面)にもご記入いただきご提出ください。

☆加入者兼記名被保険者	☆事業者住所	(〒 ー)	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()
	☆事業者名	(フリガナ)		私	T E L (ー)	施設住所 (〒 ー)
		様	代 表 者 名	(フリガナ)	F A X (ー)	★他の保険契約等 あ り (※)総合生活保険、傷害保険については他の保険契約等(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、「告知事項申告書」に詳細をご記入ください。 賠償責任保険、約定履行費用保険、動産総合保険、身元信用保険、受託者賠償責任保険については、他の保険契約の有無にかかわらず、「告知事項申告書」にご記入をお願いします。 (注)約定履行費用保険、身元信用保険については、令和8年4月1日(午前0時)～令和9年3月31日(午後12時)が保険期間となります。
				私	従業員数 (人)	
				施設長印(法人代表者印)をご捺印ください。	定 員 (人)	
加 入 依 頼 日： 令和 年 月 日	保険始期：令和8年4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			保険終期：令和9年4月1日 午後4時(注)	

事業者向け現金等総合補償保険の被保険者は「在宅福祉サービス団体・在宅福祉サービス事業者」となります。

在宅(横出し)サービス その他のサービス	公的介護保険対象外のサービス	公的介護保険対象の介護サービス	サービスの種類(注1)	①在宅福祉サービス保険 (総合生活保険(傷害補償) 就業中のみの危険補償特約付帯、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条項)		③サービス従事者 感染症補償保険 (約定履行費用保険)		④サービス従事者 傷害+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・就業中のみの危険補償特約)		⑤サービス利用者 傷害見舞金保険 (約定履行費用保険)		⑥サービス利用者傷害保険 (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)				⑦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)		⑧事業者向け現金等総合補償保険 (動産総合保険、受託者賠償責任保険、身元信用保険)									
				(1)総合生活保険(傷害補償)(注2)		(2)賠償責任保険(注3)		借用不動産1施設あたり		全従事者数による(注4)		1日の最大利用者数による(注5)		1日の最高利用者数による(注5)				法定乗車定員の合計人数による		【動産総合保険】事務所の現金等の最高保管額による[受託者賠償責任保険]利用者からの預かり金の最高額による[身元信用保険]従事者数による(注7)											
				1日の最高稼働従事者数による		従事者の年間総活動時間による								Iタイプ (免責金額5千円)		IIタイプ (免責金額0円)						Iタイプ IIタイプ IIIタイプ IVタイプ		合 計							
				【公的介護保険対象外の在宅(横だし)サービス・その他サービス】は以下にご記入ください。		【公的介護保険対象外の在宅(横出し)サービス・その他サービス】は以下にご記入ください。		○ 2千万円 14,950円 ○ 5千万円 37,880円		☆ () 人 × 300円 *感染症補償規定(☆)をご提出ください。		☆ () 人 × 2,600円		Aコース ☆ () 人 × 1,220円 Bコース ☆ () 人 × 3,620円 *サービス約款(☆)をご提出ください。		【公的介護保険対象外の在宅サービス・その他サービス】は以下にご記入ください。				No		登録番号(注6)		法定乗車定員数		事業者向け現金等総合補償保険と身元信用保険は、セットでご加入ください。					
				□ Iタイプ ☆ () 人 × 6,710円		☆ () 時間 × ○ 1.5円 ○ 3円										○ 200万円 ○ 500万円 ○ 1,000万円 ○ 1,500万円 ○ 2,000万円 ○ 2,500万円 全従事者数 ☆ () 人		1						事業者向け現金等総合補償保険 動産総合保険部分 ()万円 受託者賠償責任保険部分 ()万円							
						☆ () 時間 × ○ 1.5円 ○ 3円																									
						☆ () 時間 × ○ 1.5円 ○ 3円																									
						☆ () 時間 × ○ 1.5円 ○ 3円																									
				□ IIタイプ ☆ () 人 × 10,020円		☆ () 時間 × ○ 1.5円 ○ 3円										○ 5千万円 37,880円		☆ () 人 × 300円		☆ () 人 × 2,600円		Aコース ☆ () 人 × 1,220円		Bコース ☆ () 人 × 3,620円		【公的介護保険対象介護サービス】は以下にご記入ください。				2,000円×合計法定乗車定員 () 人	
						☆ () 時間 × ○ 1.5円 ○ 3円																									
						☆ () 時間 × ○ 1.5円 ○ 3円																									
						☆ () 時間 × ○ 1.5円 ○ 3円																									
				【公的介護保険対象の介護サービス】は以下にご記入ください。		【公的介護保険対象の介護サービス】は以下にご記入ください。										☆ () 時間 × ○ 4.5円 ○ 7.5円		☆ () 時間 × ○ 4.5円 ○ 7.5円		☆ () 時間 × ○ 4.5円 ○ 7.5円		☆ () 時間 × ○ 4.5円 ○ 7.5円		☆ () 時間 × ○ 4.5円 ○ 7.5円		☆ () 時間 × ○ 4.5円 ○ 7.5円		☆ () 時間 × ○ 4.5円 ○ 7.5円		☆ () 時間 × ○ 4.5円 ○ 7.5円	
				☆ () 時間 × ○ 4.5円 ○ 7.5円																											
				☆ () 時間 × ○ 4.5円 ○ 7.5円																											
合計保険料 各保険料毎の合計(①～⑧)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。		① (1)	円	① (2)	円	②	円	③	円	④	円	⑤	円	⑥	円	⑦	円	⑧	円												
中途加入の場合の保険料 各保険料毎の合計(①～⑧)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。		① (1)	(注8) 円	① (2)	① (2) × ケ月/12 円	②	② × /12 円	③	③ × ケ月/12 円	④	(注8) 円	⑤	⑤ × ケ月/12 円	⑥	(注8) 円	⑦	(注8) 円	⑧	⑧ × ケ月/12 円												

(注1) 加入される全てのサービスの種類について、ご記入願います。
(注2) <在宅福祉サービス傷害保険>
加入されるタイプの□に印を付け、()に1日の最高稼働従事者数(稼働する従事者が最も多い日の1日あたりの延べ従事者の人数)を記入し、保険料を算出願います。
(注3) <在宅福祉サービス賠償責任保険>
()に当該サービスに従事する全従事者の年間総活動時間を記入し、保険料を算出願います。
(注4) <サービス従事者感染症補償保険><サービス従事者向け傷害+感染症補償保険>
()に全従事者数を記入し、保険料を算出願います。
(注5) <サービス利用者傷害見舞金保険><サービス利用者傷害保険>
()に1日の最大利用者数 (利用者中最も多い日の1日あたりの延べ人数。)を記入し、保険料を算出願います。
(注6) 車検証に記載されている登録番号をご記入ください。
(注7) <事業者向け現金等総合補償保険(動産総合保険、受託者賠償責任保険)、身元信用保険>
動産総合保険は保険金額、受託者賠償責任保険は、支払限度額をご記入、身元信用保険は加入される年間総支払限度額の□に印を付け、従事者数をご記入のうえ各々の保険料および合計保険料をご記入願います。
(注8) 【①(1)、④、⑥、⑦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× ケ月/12を円単位で四捨五入して10円単位にしてください。
2. 1で算出した保険料に人数を乗じます。
★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、保険金をお支払できないことがありますので、ご注意ください。
(受託者賠償責任保険、動産総合保険)
☆が付された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ません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、約定履行費用保険)
☆が付された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ません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。
(身元信用保険)
ご加入後に加入依頼書に☆が付された事項(告知事項)に1割超の増減が生じた場合は、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ませんことがあります。または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(告知事項)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。
※告知事項、通知事項については、裏面の告知事項申告書(加入依頼書別紙)にも記載されていますので、ご注意ください。

総 合 計 保 険 料 (一時払)	円
保険料払込予定日	令和 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(傷害補償のみ)
③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容(傷害補償のみ)
④「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。
(2025年12月作成 25T-001668)

在宅福祉サービス総合保険加入依頼書

加入依頼書は保険契約申込書の一部
「告知事項申告書」(本紙裏面)にもご記入ください。

記入例

☆加入者兼記名被保険者

☆事業者住所

☆事業者名

〒162-0001

新宿区神楽坂1-1-100

サワヤカフクシサービス
ダイヒョウ アズマタロウ
さわやか福祉サービス
代表 東 太郎 様

法人名・団体名

代表者名

加入依頼日

中途加入補償開始日

（フリガナ）
サワヤカフクシサービス

（フリガナ）
ダイヒョウ アズマタロウ

令和8年3月4日

令和 年 月 日 午前0時

（フリガナ）
さわやか福祉サービス

（フリガナ）
ダイヒョウ アズマタロウ

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。

施設長印(法人代表者印)をご捺印ください。

連絡先（ご担当者名： 総務 山田 ）

TEL（ 03 - 1234 - 5678 ）

FAX（ 03 - 1234 - 5679 ）

従業員数（ 20 人 ）

定 員（ 20 人 ）

保険始期：令和8年4月1日 午後4時(注)

保険終期：令和9年4月1日 午後4時(注)

☆借用施設の名称 施設名（ さわやかの家 ）

施設住所（ 〒102 - 8014 千代田区三番町6-4 ）

★他の保険契約等 あり

（※）総合生活保険、傷害保険については他の保険契約等（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、「告知事項申告書」に詳細をご記入ください。賠償責任保険、約定履行費用保険、動産総合保険、身元信用保険、受託者賠償責任保険については、他の保険契約の有無にかかわらず、「告知事項申告書」にご記入をお願いします。

（注）約定履行費用保険、身元信用保険については、令和8年4月1日(午前0時)～令和9年3月31日(午後12時)が保険期間となります。

事業者向け現金等総合補償保険の被保険者は「在宅福祉サービス団体・在宅福祉サービス事業者」となります。

在宅(横出し)サービスその他のサービス

公的介護保険対象外の
介護サービス

サービスの種類(注1)	①在宅福祉サービス保険 (総合生活保険(傷害補償)就業中のみの危険補償特約付帯、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条項)	③サービス従事者 感染症補償保険 (約定履行費用保険)	④サービス従事者 傷害+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・ 就業中のみの危険補償特約)	⑤サービス利用者 傷害見舞金保険 (約定履行費用保険)	⑥サービス利用者傷害保険 (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)				⑦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)	⑧事業者向け現金等総合補償保険 (動産総合保険、受託者賠償責任保険、 身元信用保険)								
	(1)総合生活保険(傷害補償)(注2)		(2)賠償責任保険(注3)				借用不動産1施設あたり	全従事者数に よる(注4)		1日の最大利用者数 による(注5)	1日の最高利用者数による(注5)				法定乗車定員の 合計人数による									
	1日の最高稼働従事者数による	従事者の年間総活動時間による									Iタイプ (免責金額5千円)	Ⅱタイプ (免責金額0円)	Iタイプ	Ⅱタイプ			Ⅲタイプ	Ⅳタイプ	合 計					
【公的介護保険対象外の在宅 (横だし)サービス・その他サービス】 は以下にご記入ください。		■Ⅰタイプ ☆(14)人×6,710円 □Ⅱタイプ ☆()人×10,020円 □Ⅲタイプ ☆()人×18,430円	【公的介護保険対象外の在宅(横出し) サービス・その他サービス】は以下に ご記入ください。					● 2千万円 14,950円 ○ 5千万円 37,880円	☆ (20) 人 × 300円 * 感染症補償規定(☆) をご提出ください。	☆()人 × 2,600円	Aコース ☆()人 × 1,220円 Bコース ☆(17)人 × 3,620円 * サービス約款(☆) をご提出ください。	【公的介護保険対象外の在宅サービス・ その他サービス】は以下にご記入ください。				No	登録番号 (注6)	法定乗車 定員数	事業者向け現金等総合補償保険と身元 信用保険は、セットでご加入ください。					
居宅介護サービス (障害者自立支援法に基づく)	☆ (6,251) 時間×		○	1.5円	●	3円	○					○	○	○	×					☆()人 =()円				
移送サービス	☆ (5,840) 時間×		○	1.5円	●	3円	○					○	○	○	×					☆()人 =()円				
ガイドヘルプサービス	☆ (10,363) 時間×		○	1.5円	●	3円	○					●	○	○	×					☆(4)人 =(31,480)円				
	☆ () 時間×		○	1.5円	○	3円	○					○	○	○	×					☆()人 =()円				
	☆ () 時間×		○	1.5円	○	3円	○					○	○	○	×					☆()人 =()円				
	☆ () 時間×		○	1.5円	○	3円	○					○	○	○	×					☆()人 =()円				
【公的介護保険対象の介護サービス】 は以下にご記入ください。	【公的介護保険対象の介護サービス】 は以下にご記入ください。					☆ 借用施設が上部(加入者・記 名被保険者記入欄)に記載 したもの以外にある場合 は、右上記入欄に施設名・住 所を記載してください。				【公的介護保険対象介護サービス】は 以下にご記入ください。				7										
訪問介護サービス (公的介護保険)	☆ (5,267) 時間×	○	4.5円	●	7.5円					○	●	○	○					×	☆(6)人 =(47,220)円					
	☆ () 時間×	○	4.5円	○	7.5円					○	○	○	○					×	☆()人 =()円					
合計保険料 各保険料毎の合計(①～⑧)は、円単位を四捨 五入して10円単位にしてください。	① (1)	93,940 円		① (2)	106,860 円		②	14,950 円		③	6,000 円		④	61,540 円		⑤	78,700 円		⑦	20,000 円		⑧	34,580 円	
中途加入の場合の保険料 各保険料毎の合計(①～⑧)は、円単位を四捨 五入して10円単位にしてください。	① (1)	(注8)		① (2)	①(2) × ケ月/12		②	② × /12		③	③ × ケ月/12		④	(注8)		⑤	⑤ × ケ月/12		⑦	(注8)		⑧	⑧ × ケ月/12	
		円			円			円			円			円			円			円			円	

(注1) 加入される全てのサービスの種類について、ご記入願います。

(注2) <在宅福祉サービス傷害保険>
加入されるタイプの□に印を付け、()に1日の最高稼働従事者数(稼働する従事者が最も多い日の1日あたりの延べ従事者の人数)を記入し、保険料を算出願います。

(注3) <在宅福祉サービス賠償責任保険>
()に当該サービスに従事する全従事者の年間総活動時間を記入し、保険料を算出願います。

(注4) <サービス従事者感染症補償保険><サービス従事者向け傷害+感染症補償保険>
()に全従事者数を記入し、保険料を算出願います。

(注5) <サービス利用者傷害見舞金保険><サービス利用者傷害保険>
()に1日の最大利用者数 (利用者数が最も多い日の1日あたりの延べ人数。)を記入し、保険料を算出願います。

(注6) 車検証に記載されている登録番号をご記入ください。

(注7) <事業者向け現金等総合補償保険(動産総合保険、受託者賠償責任保険)、身元信用保険>
動産総合保険は保険金額、受託者賠償責任保険は、支払限度額をご記入、身元信用保険は加入される年間総支払
限度額の□に印を付け、従事者数をご記入のうえ各々の保険料および合計保険料をご記入願います。

(注8) 【①(1)、④、⑤、⑥、⑦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× ケ月/12を円単位で四捨五入して10円単位にしてください。
2. 1で算出した保険料に人数を乗じます。

★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、保険金をお支払できないことがありますので、ご注意ください。

(受託者賠償責任保険、動産総合保険)
☆が付された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ません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、約定履行費用保険)
☆が付された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ません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。

(身元信用保険)
ご加入後に加入依頼書に☆が付された事項(通知事項)に1割超の増減が生じた場合は、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ませんことがあります。または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。
※告知事項、通知事項については、裏面の告知事項申告書(加入依頼書別紙)にも記載されていますので、ご注意ください。

総 合 計 保 険 料 (一時払)	416,570 円
保険料払込予定日	令和 8 年 3 月 5 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(傷害補償のみ)
③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容(傷害補償のみ)
④「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。
(2025年12月作成 25T-001668)

告知事項申告書

ご加入の保険につきご記入ください。

①在宅福祉サービス保険(賠償責任部分) ②借用不動産賠償責任保険 ③サービス従事者感染症補償保険 ⑤サービス利用者傷害見舞金保険 ⑧事業者向け現金等総合補償保険(動産総合保険、受託者賠償責任保険)・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①②の保険および⑧の受託者賠償責任保険)		☆約定履行費用保険(上記③、⑤の保険)		★動産総合保険(上記⑧の保険)		★身元信用保険(上記⑧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。)	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	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		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。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	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。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	
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。)	<div>はい</div> <div>いいえ</div>			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。	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	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?	<div>はい</div> <div>いいえ</div>	
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。				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		<div>あり</div> <div>なし</div>
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。		
						<div>あり</div> <div>なし</div>		
会 社 名:	<div>あり</div>	会 社 名:	<div>あり</div>	会 社 名:	<div>あり</div>	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:	<div>なし</div>	保険等の種類:	<div>なし</div>	保険等の種類:	<div>なし</div>	「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:		支払限度額(契約金額):		支 払 限 度 額:				

①在宅福祉サービス保険(傷害部分) ④サービス従事者向け傷害+感染症補償保険 ⑥サービス利用者傷害保険 ⑦送迎中自動車傷害保険
にご加入の方は以下告知事項の記入をお願いします。

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。