社会福祉法人　東京都社会福祉協議会　御中

社会福祉施設損害保険　加入依頼書

児童福祉関係施設版

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成
裏面の「告知事項の申告書」にもご記入

記入例

ご加入者	☆施設住所	(〒 162 － 8953) 東京都新宿区神楽河岸１－１
	☆施設名	(フリガナ) シアワセガクエン しあわせ学園　様
法人名･団体名		(フリガナ) シャカイフクシホウジン　シアワセガクエン 社会福祉法人　しあわせ学園
施設長名(法人･団体代表者でも可)		(フリガナ) シセツチョウ　タナカ　イチロウ 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　田中　一郎　(田中 印) 施設長印(法人代表者印)をご捺印下さい。
加入依頼日：平成 30 年 9 月 1 日		
中途加入補償開始日：平成　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。		

連絡先	TEL(03 － 1234 － 5678)
	FAX(03 － 1234 － 5679)
	担当者名(鈴木)
施設床面積(2,000)㎡	
施設職員数(20)人	
定員(42)人	
保険始期：平成 30 年 10 月 1 日　午後4時　(注)	
保険終期：平成 31 年 10 月 1 日　午後4時　(注)	
★他の保険契約等(※)　あり	

☆借用施設の名称
- 施設名(しあわせグループホーム)
- 施設名(　　)
- 施設名(東京都新宿区神楽河岸1-2)
- 施設名(　　)

(注)約定履行費用保険、身元信用保険
平成30年10月1日(午前0時)～平成31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」に詳細をご記入ください。

下記保険料は、平成30年10月1日から１年間の保険料です。①～⑨の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。

No	☆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) Ⅰタイプ		Ⅱタイプ		Ⅲタイプ		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従事者傷害保険(総合生活保険(傷害補償)就業中のみの危険担保特約付帯)	⑤従事者向け感染症補償保険(約定履行費用保険)
1	児童養護施設	○32,260円	ｼｮｰﾄｽﾃｲ(定員あたり) ○1名 19,640円 ○2名 20,590円 ○3名 21,530円 ○4名 22,470円 ○5名 23,420円 ○6名 24,350円 ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ(1施設あたり) ○ 25,530円	●58,670円	ｼｮｰﾄｽﾃｲ(定員あたり) ○1名 35,720円 ●2名 37,450円 ○3名 39,130円 ○4名 40,860円 ○5名 42,580円 ○6名 44,370円 ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ(1施設あたり) ○ 46,450円	○64,540円	ｼｮｰﾄｽﾃｲ(定員あたり) ○1名 39,290円 ○2名 41,200円 ○3名 43,040円 ○4名 44,950円 ○5名 46,830円	○2千万円 14,950円 × (　)施設 =(　)円 ●5千万円 37,880円 × (1)施設 =(37,880)円	○Ⅰタイプ 45,000円 ●Ⅱタイプ 76,240円	○Ⅰタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆(　)人 × 6,760円 =(　)円 ●Ⅱタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆(20)人 × 8,690円 =(173,800)円 ○Ⅲタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆(　)人 × 10,240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。 ●全従事者数(常勤･非常勤) 300円 × ☆(20)人 =(6,000)円 ☆感染症補償規程を変更する際は通知が必要となります。
2	児童自立支援施設	○81,700円		○148,530円		○163,380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	○18,310円		○33,300円		○36,630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)	○51,850円		○94,290円		○103,710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)	○65,280円		○118,720円		○130,590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)	○49,920円		○90,770円		○99,850円					
7	放課後等デイサービス(旧児童デイサービス)	○34,120円		○62,050円		○68,250円					
8	自立援助ホーム	○21,510円		○39,110円		○43,020円					
9	乳児院	○17,470円		○31,750円		○34,930円					
10	保育所等訪問支援	○15,870円		○22,050円		○24,260円					
11	認可保育所	○10,510円		○14,710円		○16,180円					
12	幼保連携型認定こども園	○15,870円		○22,050円		○24,260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	○15,870円		○22,050円		○24,260円					
14	認証保育所	○13,660円		○19,120円		○21,030円					
15	児童館、学童クラブ等	○16,730円		○30,410円		○33,440円					
16	母子生活支援施設	○19,890円		○36,150円		○39,770円					
17	子ども家庭支援センター(子育て支援センター)	○10,250円		○18,650円		○20,520円					
18	特定相談支援、障害児相談支援	－		○従事者年間総活動時間 ★(　)時間 ×1.2円		○従事者年間総活動時間 ★(　)時間 ×1.3円					
19	その他(　)										

No	⑥施設利用者傷害保険(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付帯総合生活保険(傷害補償)、学校契約団体傷害保険) 施設種別	Ⅰタイプ	Ⅱタイプ	Ⅲタイプ	⑦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)、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)	⑨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)
1	D	～ 施設A・施設B ～ ○ 2,000円 × ☆在籍者数( )人 =( )円	○ 4,000円 × ☆在籍者数( )人 =( )円		○41,900円	○Aコース 1日の最高利用者数 ×☆( )人 × 1,220円 =( )円 ○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆( )人 × 3,620円 =( )円 ●Cコース(入所者) 入所者数 ☆(35)人 × 1,340円 =(46,900)円 (入所者以外) 1日の最高利用者数 ☆( )人 × 1,220円 =( )円 Cコースの場合 職種級別( ) ☆職業･職務( )	○登録番号＊( ) 法定乗車定員( )人 ○登録番号＊( ) 法定乗車定員( )人 ○登録番号＊( ) 法定乗車定員( )人 2,000円 × 合計法定乗車定員( )人 =( )円	保険金額･支払限度額 施設現金等総合保険 動産総合保険部分(1,000)万円 受託者賠償責任保険(1,000)万円 身元信用保険 全従事者数 ☆(10)人 ○Ⅰタイプ ●Ⅱタイプ 保険料 施設現金等総合保険 動産総合保険部分(12,000)円 + 受託者賠償責任保険(18,000)円 + 身元信用保険(17,010)円 = (47,010)円 保険料についてはパンフレットP13～14をご覧ください。
2	D							
3	D							
4	D							
5	D							
6	A	～ 施設C ～ ○ 3,000円 × ☆1日の最高利用者数(定員)( )人 =( )円	○ 7,500円 × ☆1日の最高利用者数(定員)( )人 =( )円	○ 14,500円 × ☆1日の最高利用者数(定員)( )人 =( )円				
7	A							
8	C							
9	D							
10	B							
11	B							
12	B	～ ● 3,340円 × ☆入所者数(定員)(35)人 =( )円	○ 4,500円 × ☆入所者数(定員)( )人 =( )円	○ 5,500円 × ☆入所者数(定員)( )人 =( )円				
13	B							
14	B							
15	C							
16	C							
17	C							
18	－							
19								

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。

農林業作業者、漁業作業者、採鉱･採石作業者、自動車運転者※(助手を含む)、木･竹･草･つる製品製造作業者、建設作業者　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。

☆職業･職務(事務)
職種級別(A)

＊ショートステイは、入所型でご加入ください。

☆職業･職務(事務)
職種級別(A)
(施設A･Bを除く)

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コースにご加入の場合、職業、職務、職種級別をご記入ください。

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。

合計保険料 各保険料毎の合計(①～⑨)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。	① 96,120 円	② 37,880 円	③ 76,240 円	④ 173,800 円	⑤ 6,000 円	⑥ 116,900 円	⑦ 46,900 円	⑧ 円	⑨ 47,010 円
中途加入時の保険料合計 各保険料毎の合計(①～⑨)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。	①×　ヶ月/12 ① 円	②×　ヶ月/12 ② 円	③×　ヶ月/12 ③ 円	④×　ヶ月/12 ④ *1 円	⑤×　ヶ月/12 ⑤ 円	⑥×　ヶ月/12 ⑥ *1 円	⑦×　ヶ月/12 ⑦ *1 円	⑧×　ヶ月/12 ⑧ *1 円	⑨×　ヶ月/12 ⑨ 円

【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。

加入施設名〈☆記名被保険者〉	
しあわせ学園	

★または☆が付された事項はご加入[illegible]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[illegible]お支払いできないことがありますので、ご注意下さい。
(各種賠償責任保険)
☆が付された事項(通知事項)に内[illegible]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[illegible]ますのでご注意下さい。
(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ないことがありますので、ご注意下さい。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場合が判明した場合は、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)･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【④⑥⑦-2(Cコースのみ)⑧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	600,850 円	
保険料払込	**予定日**	**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
③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」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

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。(平成30年8月作成　18-T03712)

社会福祉法人　東京都社会福祉協議会　御中

社会福祉施設損害保険　加入依頼書

児童福祉関係施設版

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(　　)
	☆施設名	(フリガナ)　様	施設長名(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。　印 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
			加入依頼日：平成　年　月　日		保険始期：平成30年10月1日 午後4時 (注)
			中途加入補償開始日：平成　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：平成31年10月1日 午後4時 (注) ★他の保険契約等(※) あり

☆借用施設の名称
施設名(　　)
施設名(　　)
施設名(　　)
施設名(　　)

(注)約定履行費用保険、身元信用保険
平成30年10月1日(午前0時)～平成31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」に詳細をご記入ください。

下記保険料は、平成30年10月1日から1年間の保険料です。①～⑨の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。

No	☆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) Ⅰタイプ		Ⅱタイプ		Ⅲタイプ		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従事者傷害保険(総合生活保険(傷害補償)就業中のみの危険担保特約付帯)	⑤従事者向け感染症補償保険(約定履行費用保険)	⑥施設利用者傷害保険(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付帯総合生活保険(傷害補償)、学校契約団体傷害保険) 施設種別	Ⅰタイプ	Ⅱタイプ	Ⅲタイプ	⑦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)、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)	⑨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)
1	児童養護施設	○32,260円	ｼｮｰﾄｽﾃｲ(定員あたり) ○1名 19,640円 ○2名 20,590円 ○3名 21,530円 ○4名 22,470円 ○5名 23,420円 ○6名 24,350円 ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ(1施設あたり) ○ 25,530円	○58,670円	ｼｮｰﾄｽﾃｲ(定員あたり) ○1名 35,720円 ○2名 37,450円 ○3名 39,130円 ○4名 40,860円 ○5名 42,580円 ○6名 44,370円 ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ(1施設あたり) ○ 46,450円	○64,540円	ｼｮｰﾄｽﾃｲ(定員あたり) ○1名 39,290円 ○2名 41,200円 ○3名 43,040円 ○4名 44,950円 ○5名 46,830円 ○6名 48,810円 ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ(1施設あたり) ○ 51,100円	○2千万円 14,950円 × (　)施設 =(　)円 ○5千万円 37,880円 × (　)施設 =(　)円 ☆借用施設の明細：上記記載の施設	○Ⅰタイプ 45,000円 ○Ⅱタイプ 76,240円	○Ⅰタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆(　)人 × 6,760円 =(　)円 ○Ⅱタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆(　)人 × 8,690円 =(　)円 ○Ⅲタイプ 1日の最高稼動従事者人数 ☆(　)人 × 10,240円 =(　)円 ☆職業･職務(　) 職種級別(　)	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。 ○ 全従事者数(常勤･非常勤) 300円 × ☆(　)人 =(　)円 ☆感染症補償規程を変更する際は通知が必要となります。	D	～ 施設A・施設B ～ ○ 2,000円 × ☆在籍者数(　)人 =(　)円	○ 4,000円 × ☆在籍者数(　)人 =(　)円		○41,900円	○Aコース 1日の最高利用者数 ×☆(　)人 × 1,220円 =(　)円 ○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆(　)人 × 3,620円 =(　)円 ○Cコース(入所者) 入所者数 ☆(　)人 × 1,340円 =(　)円 (入所者以外) 1日の最高利用者数 ☆(　)人 × 1,220円 =(　)円 Cコースの場合 職種級別(　) ☆職業･職務(　)	○登録番号＊(　) 法定乗車定員(　)人	保険金額･支払限度額 **施設現金等総合保険** 動産総合保険部分(　)万円 受託者賠償責任保険(　)万円 **身元信用保険** 全従事者数 ☆(　)人 ○Ⅰタイプ ○Ⅱタイプ 保険料 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 ＋ 身元信用保険(　)円 ＝ (　)円 保険料についてはパンフレットP13～14をご覧ください。
2	児童自立支援施設	○81,700円		○148,530円		○163,380円						D							
3	児童養護グループホーム、小規模住居型児童養育事業	○18,310円		○33,300円		○36,630円						D							
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)	○51,850円		○94,290円		○103,710円						D							
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)	○65,280円		○118,720円		○130,590円						D	～ 施設C ～ ○ 3,000円 × ☆1日の最高利用者数(定員)(　)人 =(　)円	○ 7,500円 × ☆1日の最高利用者数(定員)(　)人 =(　)円	○ 14,500円 × ☆1日の最高利用者数(定員)(　)人 =(　)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)	○49,920円		○90,770円		○99,850円			○Ⅱタイプ 76,240円			A							
7	放課後等デイサービス(旧児童デイサービス)	○34,120円		○62,050円		○68,250円						A							
8	自立援助ホーム	○21,510円		○39,110円		○43,020円						C							
9	乳児院	○17,470円		○31,750円		○34,930円						D							
10	保育所等訪問支援	○15,870円		○22,050円		○24,260円						B							
11	認可保育所	○10,510円		○14,710円		○16,180円						B							
12	幼保連携型認定こども園	○15,870円		○22,050円		○24,260円						B	～ 施設D ～ ○ 3,340円 × ☆入所者数(定員)(　)人 =(　)円	○ 8,000円 × ☆入所者数(定員)(　)人 =(　)円	○ 15,500円 × ☆入所者数(定員)(　)人 =(　)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	○15,870円		○22,050円		○24,260円						B							
14	認証保育所	○13,660円		○19,120円		○21,030円						B							
15	児童館、学童クラブ等	○16,730円		○30,410円		○33,440円						C							
16	母子生活支援施設	○19,890円		○36,150円		○39,770円						C							
17	子ども家庭支援センター(子育て支援センター)	○10,250円		○18,650円		○20,520円						C							
18	特定相談支援、障害児相談支援	－		○従事者年間総活動時間 ★(　)時間 ×1.2円		○従事者年間総活動時間 ★(　)時間 ×1.3円						－	＊ショートステイは、入所型でご加入ください。 ☆職業･職務(　) 職種級別(　) (施設A･Bを除く)						
19	その他(　)																		
合計保険料 各保険料毎の合計(①～⑨)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
中途加入時の保険料合計 各保険料毎の合計(①～⑨)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。		①×　ヶ月/12 ①　円						②×　ヶ月/12 ②　円	③×　ヶ月/12 ③　円	④×　ヶ月/12 ④ *1　円	⑤×　ヶ月/12 ⑤　円	⑥×　ヶ月/12 ⑥ *1　円				⑦×　ヶ月/12 ⑦ *1　円		⑧×　ヶ月/12 ⑧ *1　円	⑨×　ヶ月/12 ⑨　円

加入施設名〈☆記名被保険者〉	

★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、ご注意下さい。
(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下さい。
(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ないことがありますので、ご注意下さい。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【④⑥⑦-2(Cコースのみ)⑧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

【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
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

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。(平成30年8月作成　18-T03712)

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　③医療事故賠償責任保険　⑤従事者向け感染症補償保険　⑦ーI, II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）　⑨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①～③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
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
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。	

他の保険契約または共済契約の有無

会　社　名:	あり
満　期　日:	
保険等の種類:	なし
支 払 限 度 額:	

★約定履行費用保険（上記⑤、⑦-II（A・Bコース）
★レジャー・サービス施設費用保険（上記⑦-Iの保険）

レジャーサービス施設費用保険・約定履行費用保険について他の保険契約または共済契約の有無

会　社　名:	あり
満　期　日:	
保険等の種類:	なし
保険金額（支払限度額）:	

★動産総合保険（上記⑨の保険）

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.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
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	

他の保険契約または共済契約の有無

会　社　名:	あり
満　期　日:	
保険等の種類:	なし
保　険　金　額:	

★身元信用保険（上記⑨の保険）

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.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.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 / なし

会社名	満期日	支払い限度額

「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。

「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従事者傷害保険　⑥施設利用者傷害保険　⑦ー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））⑧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