#### 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

加入依頼書は保険契約申込書の一部を原

'	- Д 1Д 1.					児童福祉	関係施設版	į					裏面の「台	告知事項の申告書	」にもご記え	
	~	(† 162 – 8953 )			(フリガナ)	シャカイフ	フシホウジン	シアワセガクエン	/		TEL(	03 - 1			☆借用施設の名称	
	☆施設住所	+		法人名·団体名	71	<b>公祀弘</b> 宗	. )	あわせ学	周	連絡先	FAX(	03 – 1	234 -	5679)	施設名(しあわせグル	レープホーム)
-	. 住	東京都新宿区神楽河岸 1 ·	<b>-</b> 1		江	云 1田111.72		こめわせす	`图		担当者名(		鈴木	)	施設名(	)
1 1	- - 所 n				(フリガナ)	シセツチョ	<b>ラ</b> タナカ	イチロウ		施設床面積	(	2,000		) m <sup>*</sup>	施設名(東京都新宿区	延神楽河岸1-2)
7	٠,	(フリガナ) <b>シアワセガクエン</b>		施設長名	私は、「ご加入」	こ際して」を確認し、	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。	施設職員数	(	20		) 人	施設名(	)
₹	á 施			·· (法人·団体代表者 でも可)	施設	長田	<b>b</b> —	<i>3</i> 17		定 員	(	42		) 人		
	設	しあわせ学園			700	~ =	'	施設長印(法人代表者)	① / 印)をご捺印下さい。	保険始期	: 平成 30 年	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 平成30年10月1日(午前0時)~平成31	年9月30日(午後12時)
	名	しのかです图	様	加入依頼日:平	成 30 年	9月1日				保険終期	: 平成 3 1 4	年10月1	日 午後4		(※)他の保険契約等(この保険契約の全部	
				中途加入補償開始日:平	7成 年	月 日	午前0時 *	・中途加入の場合は、午前0日	持からとなります。	★他の保険	契約等(※)	্ৰ	うり ジ		任が同じである保険契約または共済契約を ○をし、「告知事項の申告」に詳細をご記入	
_	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。												
			<b>宇賠償責任保険</b> - 産物賠偿責任保険)	_ '	昔用不動産	③医療事故	④従事者 停宝保险	5従事者 向は感染症	⑥施記 (松本州洋保険(損害)	受利用者傷害( は際) 答理でよれる			ス利用者傷害	見舞金補償保障	8送迎中	⑨施設現金等 総合保障・

(施設·受託者·生産物賠償貢仕保険) 賠償責任保険 賠償責任保険 回け感染症 ((総合生活保険(傷害佣償)、官理 >中のみの傷害厄陝佣償符約) 日數甲傷害保険 (総合生活保険(傷害 身元信用保険 ☆施設・事業種別 Iタイプ **I J J J** 補償保険 (交通乗用具搭乗中 付帯総合生活保険(傷害補償)、学校契約団体傷害保険) (施設賠償責任保険) (医師賠償責任保険) 的定履行費用保険、総合生活保険(傷害補償) 補償)就業中のみの Ⅲタイプ I タイプ Ⅱタイプ (所)と渡り員用体険、総合主点体験(場合相負)、 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)) (約定履行費用保険) 借用不動產損壞担保特約 施設費用保険 ■タイプ 「タイプ ∏タイプ 危险担保特約付帯) 身元信用保険) 保険金額· 1 児童養護施設 ○32,260円 ●58,670円 ○64,540円 D 施設A·施設B ○登録番号\* 支払限度額 D 2 児童白立支援施設 ○81,700円 ∩148 530

□ ○163,380円 ○Aコ- 動産総合保険部分と受託者 2,000円 4,000円 拖設現金等総合保険 ショートステイ ショートステイ ショートステイ 1日の 賠償責任保険部分はセット加 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 動産総合保険部分 ☆在籍者数 ☆在籍者数 利用者 入となります。 (1,000)万円 (定員あたり) 定員あたり (定員あたり) 福祉型障害児入所施設 X☆( ○2千万円 ○Ⅰタイプ ○「タイプ ご加入に際し どちらか一方の加入はできま ○1名 ○1名 ○1名 ○51,850円 ○94,290円 ○103,710円 D (知的障害児施設、自閉症児施設、盲ろうあ児施設、 1日の最高稼動 感染症補償規 X 受託者賠償責任保険 2 せんので、ご注意ください。 14,950円 45.000円 39,290円 19,640円 肢体不自由児施設) 35,720円 (1,000)万円 従事者人数 程のご提出が X 円 円 )人 必要となりま 医療型障害児入所施設 )施設 ○Bコース X 身元信用保険 ○65,280円 ○118,720円 ○130,590円 D ○2名 ●2名 ○2名 (重症心身障害児施設、自閉症児施設 6,760円 1日の最高 全従事者数 =()円 施設C 法定乗車定員 20.590円 37.450円 41.200円 利用者数 =( ☆(10)人 ( )人 児童発達支援 X☆( ○Iタイプ (重症心身障害児通所施設、難聴幼児通園施設 ●Ⅱタイプ 14,500円 3,000円 7,500円 × 3,620円 ●Ⅱタイプ ●Ⅱタイプ ○49,920円 ○3名 ○90,770円 ○3名 ○99,850円 ○3名 知的障害児涌闌施設、肢体不自由児涌闌施設、 76,240円 =()円 1日の最高稼動 全従事者数 21,530円 39,130円 43,040円 ○登録番号\* 従事者人数 (常勤·非常勤) ☆1日の ☆1日の ☆1日の 保険料 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 ○68,250F 20 )人 Α 最高利用者数 最高利用者数 最高利用者数 ●Cコース ●5千万円 ○4名 ○4名 ○4名 (定員) (入所者) 300円 (定員) (定員) 施設現金等総合保険 С 8 自立援助ホーム ○21,510円 ○39,110円 ○43,020F 37,880円 入所者数 ⊃41,900円 8.690円 動産総合保険部分 22,470円 40,860円 44,950円 法定乗車定員 ☆( 35 )人 ☆( 20 =(173,800)円 (12.000)円 X D 9 乳児院 ○17,470円 ○31,750円 ○34,930円 ( )人 × 1 340⊞ ( 1 )施設 ○5名 ○5名 ○5名 =(6,000)円 =(46,900)円 受託者賠償責任保険 В 10 保育所等訪問支援 ○15,870円 ○22,050F O24,260F =(37.880)円 ○登録番号\* 施設種別をご ○Ⅲタイプ 23,420円 42.580円 46.830円 円 (18,000)  $\Box$ 確認の上 (入所者以外) 1日の最高稼動 В 1 認可保育所 ○10,510円 ○14,710F 加入タイプに 主な職務内容が以下に該当する方がいらっしゃ 従事者人数 1日の最高 身元信用保険 ●印をつけて ○6名 ○6名 利用者数 (17,010)円 る場合は、代理店までお問い合わせください。 В 3,340円 500円 法定乗車定員 |2| 幼保連携型認定こども園 ○15,870円 ○22,050円  $\bigcirc$ 24,260 ください。 24,350円 44,370円 ☆( 感染症補償規 )人 ( )人 小規模保育事業、家庭的保育事業 × 1,220円 (47,010)円 程を変更する ○24,260 ☆入所者数 ☆入所者数 ☆入所者数 В ○15,870円 ○22,050F 農林業作業者、漁業作業者、採鉱·採石作業者、 (家庭福祉員)、その他保育サービス =()円 )田 際は通知が必 (定員) (定員) (定員) 自動車運転者※(助手を含む)、木・竹・草・つる製 要となります。 2,000円  $\bigcirc$ 21,03 |4||認証保育所 ○13,660円 ○19,120円 デイサービス 品製造作業者、建設作業者等 В デイサービス 1施設あたり 1施設あたり 合計法定乗車定員 ○30.410円  $\bigcirc$ 33.440 С 15 児童館、学童クラブ等 ○16.730円 ☆ 職業・職務 ※専ら運転に従事する方が対象となります。訪 保険料につい 円  $\bigcirc$  $\bigcirc$ 事務 問先などへの移動手段として自動車を運転 てはパンフレッ  $\bigcirc$ 39,770 С Cコースにご 16 母子生活支援施設 ○19.890円 ○36,150円 職種級別 25.530円 46.450FF Cコースの場合 する方は該当しません。 加入の場合、 トP13~14を \*ショートステイは,入所 (A)職業、職務、職正に記載 ご覧ください。  $\bigcirc$ 20,520 $\dot{F}$ 職種級別( |7||子ども家庭支援センター(子育て支援センター) ○10,250円 ○18,650F 型でご加入ください。 種級別をご記 いる登録 ☆職業·職務 ○従事者年間 )従事者年間 入ください。 ☆職業·職務(事務) 総活動時間 総活動時間 ご記入く 18 特定相談支援、障害児相談支援 ★( )時間 ×1.3円 職種級別( 人 ださい。 ×1.2円 (施設A·Bを除く) 19 その他( 合計保険料 96,120 37,880 76,240 173,800 6,000 116,900 46,900 47,010 各保険料毎の合計(①~②)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。 Щ Щ (1)X ヶ月/12 ヶ月/12 ヶ月/12 ⑥X ヶ月/12 7Xヶ月/12 (8)Xヶ月/12 9)X ヶ月/12 中途加入時の保険料合計 円 (9) 四(3) 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。 Щ Ш Щ 【ご注意ください】 これらについてお答えいただいた内容が事実と お支払いできないことがありますので、ご注意下 ★または☆が付された事項はご加 加入施設名〈☆記名被保険者〉 異なる場合や事実をお答えいたが 端数は円単位を四捨五入 総合計保険料 円 600,850 して10円単位にしてくだ しあわせ学園 ☆が付された事項(通知事項)に ご連絡がない場合はご加入を解除

ますのでご注意下さい。 」と呼ばれる。 ルジャー・サービス施設費用保険。約<u>に確け</u>見用体際) ☆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に 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 \*1 | 新生物に「外次 | \*加入後の「加入を頼書に交が付された事項(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 これたという。 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。

双扱代理店または引受保険会社にご連絡下さい。

さい。

があります。

(動産総合保険)

(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☆か付された事項(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

【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。

 $\Box$ 保険料払込 予定日 年 月

【ご加入に際して】 以下事項について確認・同章のうえ、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 日 月

\*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

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。

	(〒 -	)						(フリガナ	)					TEL(	_	- )	☆借用施設の名称	
	☆   `.   施						法人名·団体	洛					連絡先	FAX(		- )	施設名(	
ご	施 設 上 上 所													担当者名(		)	施設名(	
加加	PIT							(フリガナ	)				施設床面積	(		) m <sup>t</sup>	施設名(	
入	(フリガナ) ☆						施設長:		、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え	/**** <u>*</u>	施設職員数	(		) 人	施設名(	
者	施						でも可)	X6				(印)	定員	(		)人	V)) (++==================================	
	設						+n n /+ ≠5 r	 月:平成 年			施設長印(法人代表者	皆印)をご捺印下さい	·				(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3	1年9月30日(午後12時)
	名					小下 ⊢	加入依頼[ 中途加入補償開始			日 日 午前0時 *中i	金加入の場合は、午前O	時からとなります	<del> </del>		10月1日 (あり	日午後4時(注)	(※)他の保険契約等(この保険契約の全 壬が同じである保険契約または共済契約 ○をし、「告知事項の申告」に詳細をご記。	をいいます。)がある場合に
	<u>」     </u> 下記保険料は、平成30年10月1日か	 ら 1 年間の保	<u></u> 降料です。①	~ 9の該当す	る保険料・タ			,	/ 1		2017 (07-90 L10) T 10 C	230 00000000	A IBOJANS		ر. رق	<u> </u>	プログログ 日本学校の中日115年間で15日	(\)(CCV)0
	THE PROPERTY OF THE PROPERTY O	J . 113.77K	12112300	①施設損害則		12 01-0	-10 € 17€€	②借用不動産	③医療事故	④従事者	⑤従事者	(6) H		<b>保険</b>	⑦サービス利		⑧送迎中	9施設現金等
No	☆施設・事業種別		(施	設·受託者·生產	物賠償責任係	<del>保険)</del> 「		賠償責任保険	賠償責任保険	傷害保険 (総合生活保険(傷害	向け感染症 補償保険		害補償)、管理下中のみ ◆(怎実装/標)、 労払却		Iタイプ	<b> I</b> タイプ	<b>自動車傷害保険</b> (交通乗用具搭乗中	総合保険· 身元信用保険
	A 心成 于未注力	ΙŚ	7イプ	Ⅱ夕	イプ	Ⅲ夕	イプ	(施設賠償責任保険) 借用不動産損壊担保特約	(医師賠償責任保険)	補償)就業中のみの 危険担保特約付帯)	(約定履行費用保険)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	食(傷害補償)、学校契 		(レジャーサービス (糸 施設費田保険) 理	的定履行費用保険、総合生活保険(傷害補償) 『下中のみの傷害危険補償特約・往復途上傷	小/与中央股份/中央社会	(動産総合保険、受害者賠償責任保険・
1		○32,260円		○E0 670⊞		○64,540円		18/3 T 2011/2/2017/13/3				111111			JE.	険補償特約付帯総合生活保険(傷害補償))		身元信用保険) 保険金額・
$\dashv$				○58,670円			+						<ul><li>施設A・施設A・施設</li></ul>	設B ~			○登録番号 <b>*</b>	支払限度額
2	児童自立支援施設	○81,700円		○148,530円		○163,380円	-					2,000	)円   0			○A⊐−ス		施設現金等総合保険
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	1	○36,630円						D × ☆在籍	★ × ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★			1日の最高	法定乗車定員	動産総合保険部分
	福祉型障害児入所施設	○E1 050⊞	【(定員あたり) ○1名	004 000FF	(定員あたり) ○1名	○100 710⊞	(定員あたり) ○1名	│ │ ○2千万円	○Ⅰタイプ	○Ⅰタイプ	ご加入に際し、		自奴 以红相自奴			利用者数 ×☆( )人	( )人	( )万円
4	(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	19,640円	○94,290円	35,720円	○103,710円	39,290円	14,950円	45,000円	1日の最高稼動	感染症補償規	D =(	人   人			× 1,220円 =( )円	○登録番号*	受託者賠償責任保険 ( )万円
	医療型障害児入所施設				00,720,3		00,200, 3	×		位事者人数 ☆( )人	程のご提出が   必要となりま	<b>⊢</b> → `	p´   ` p´			( )//3	( )	
5	(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	○2名	○118,720円	○2名	○130,590円	0=	( )施設 =( )円		× 6,760円	す。		+ <del>/-</del> =n. 0			○Bコース 1日の最高		<b>身元信用保険</b> 全従事者数
			20,590円		37,450円		41,200円	=( )円		=( )円			~ 施設C			利用者数	法定乗車定員 ( )人	☆( )人
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、	○49.920円	○3名	○90.770円	○3名	○99.850円	○3名		○Ⅱタイプ	○Ⅱタイプ	0	Δ 3,000	~	14,500円		×☆( )人 × 3,620円		○Iタイプ ○IIタイプ
	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)	( 43,320 )	21,530円	030,770  ]	39,130円	( )33,000 ]	43,040円		76,240円	1日の最高稼動	全従事者数	'	×	×		=( )円	 ○登録番号 <b>*</b>	
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	1	○F <b></b> ₹ <b>T</b> m		一 従事者人数 □☆( )人	(常勤·非常勤)	——— ☆1日( A 最高利用		☆ 1日の は 最高利用者数		○C⊐ース	( )	保険料
8		○21,510円	○4名	○39,110円	○4名	○43,020円	○4名	○5千万円 37,880円		× 8.690⊞	300円	C (定算	(定員)	(定員)	○41.900円	(入所者) 入所者数		施設現金等総合保障 動産総合保険部分
$\dashv$		○17,470円	22,470円	○31,750円	40,860円	○34,930円	44,950円	X		=( )円	× ☆( )		$\mathcal{A} = \mathcal{A}$		○41,300円	☆( )人	法定乗車定員 ( )人	到性総立体院部別 ( )円
-			○5名		○5名		○5名	( )施設			人 (	-(	)   =() 円	=( )		× 1,340円 =( )円		十   受託者賠償責任保険
10	保育所等訪問支援	○15,870円	23,420円	○22,050円	42,580円	○24,260円	46,830円	=( )円		○Ⅲタイプ	n n	В	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				○登録番号*	( )円
11	認可保育所	○10,510円		○14,710円	1	○16,180円				1日の最高稼動 従事者人数		B		$T_{O}$		(入所者以外) 1日の最高		+   身元信用保険
12	幼保連携型認定こども園	○15,870円	○6名 24,350円	○22,050円	○6名 44,370円	○24,260円	○6名 - 48,810円			☆( × )人	☆ 	В 3,340	円 8,000円	15,500円		利用者数 ☆( )人	法定乗車定員	( )円
13	小規模保育事業、家庭的保育事業	○15,870円	- 24,000[]	○22,050円	44,070[]	○24,260円				10,240円	総条症補負税 程を変更する	B ☆入所		> × · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		× 1,220円	( )人	( )円
$\downarrow$	(家庭福祉員)、その他保育サービス						-	A .		=( )円	際は通知が必要となります。	定員	(定員)	(定員)		=( )円	2 000	
14	認証保育所 	○13,660円	ディサーヒ゛ス 	○19,120円	(1+/===1++++++++++++++++++++++++++++++++	○21,030円	) 1) L A	☆  借用施設の明細:				B (	$\mathcal{L}_{i}$				2,000円 ×	
15	児童館、学童クラブ等	○16,730円	(1施設あたり)     ○	○30,410円	(1施設あたり)   	○33,440円	(1施設あたり)	上記記載の施設		☆職業·職務		C =(	)	=( )			合計法定乗車定員 ( )人	   保険料につい
16	母子生活支援施設	○19,890円	25,530円	○36,150円	_	○39,770円				職種級別		C				Cコースの場合	=( )円	てはパンフレットP13~14を
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				( )			*ショートスティ 型でご加入くだ。	さい。		職種級別( )	*車検証に記載	ご覧ください。
10	株字拍談本校 陪审1845mm	_		○従事者年間 総活動時間		○従事者年間 総活動時間	1			,			 ☆職業·職務(	)		☆職業·職務	されている登録 番号をご記入く	
Ιδ	特定相談支援、障害児相談支援			★( )時間 ×1.2円		★( )時間 ×1.3円							職種級別 ( (施設A・Bを除く)	)		( )	ださい。	
19	その他( )											1 1 1	(January 13 Clast v)	[				
	合計保険料							2	(3)	(4)	(5)	6			7)		8	(9)
各個	保険料毎の合計(①~⑨)は、円単位を四捨五人	して10円単位に	こしてください。				円	円 円	一 月	円 円	P 円	-		円			9 9	<u> </u>
<i>A</i>	中途加入時の保険		-l - <del>-</del> /+* \		①X	ヶ月/12	_	②× ヶ月/12		*1	⑤X ヶ月/12		⑥× ヶ月/12		(T) *1	⑦× ヶ月/12 -	8× ヶ月/12 1 8 *1	9× ヶ月/12
台	R険料毎の合計(①~⑨)は、円単位を四捨五入		<b>こ</b> しくくたさい。	<u>                                     </u>	された事項はでか	入に関する重要が	国事項(告知事項)で	<sup>(2)</sup>   円			四 円	6 *1		円	<u> </u>	P	月   8   1 円	
	加入施設名〈☆記名衲	<b>聚保険者〉</b>		異なる場合や事	実をお答えいただ	かない場合はご加え	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 ご加入後に加入依頼 代理店または引受係	書の「全従事者数」に1割 保険会社にご連絡いただく	く義務があります。ご	連絡がない場合は、係	合は、すみやかに取技 保険金をお支払できた	総合計	保険料	円	
				<ul><li>(各種賠償責任係 ☆が付された)</li><li>ご連絡がない場合</li></ul>	事項(通知事項)に	内容の変更が生じた	と場合には、遅滞な	く取扱代理店または引き ありますのでご注意下さ	受保険会社にご連絡下る い.	さい。 (総合生活保険(傷害	に変更の内容によってご 『補償)・学校契約団体傷? 引された事項(通知事項)	害保険)		(取扱代理庁=ナーリ+テ	│	斗払 込 予定日	年 月 日	
				(レジャー·サーヒ ☆が付された	ごス施設費用保険・ 事項(通知事項)に	約定履行費用保険) :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	受保険会社にご連絡 多下さ い。 _	各ください。ご連絡がない	1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る			年 月 日	
				い。ご連絡がなし 解除することがな (動産総合保険)	)場合は、保険金を あります。	お支払いできない。	ことがありますのて	で、ご注意下さい。また、変	変更の内容によってご加		保険料× ヶ月/12	円単位を四捨五刀				・(】 ついて確認・同意のうえ、加入を依頼 約者である団体の構成員であるこ。		<b>巨社協処理欄</b>
				ご加入後に加入	依頼書に☆が付さ ただく義務がありま	れた事項(通知事項 ます。ご連絡がない場	頁)に内容の変更が 場合は、ご契約を解	生じた場合は、遅滞なく	取扱代理店または引受 できないことがありま		た保険料に加入人数	を乗じます。			②重要事項説			月 E

②重要事項説明書の内容 ③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 \*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)

日

### 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-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	D保険)	★約定履行費用保険(上記⑤、⑦-II(A・I ★レジャー・サービス施設費用保険(上記⑦		★動産総合保険(上記⑨の保	険)	★身元信用保険(上記⑨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	((JLU))	レジャーサービス施設費用保険・約定履行費用 て他の保険契約または共済契約の有無	保険につい	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。	(J\$U)	1.過去において同 拒絶されたことだ	種の保険契約等のである。	引受を (はい)	
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。)	(いいえ)				(いいえ)			(しいえ)	
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	(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)		同種の保険契約等の 受領したことがありま		
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。)	(いいえ)			MOJECTION 200 & 17 0	(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 の具体的な			3.上記2が「はい」の場合は、その具体的な内容 ださい。	学をご記入く	3.同一被保証人に 約等の有無	かかる他の同種の低	保険契し、あり、	
134-6CPV(//CCO.				会社名				(なし)	
				回 数		4.前年度契約の有	<del>=====================================</del>	Section (	
				合計額			下記にご記入ください	ハ。 (あり)	
他の保険契約または共済契約の有無	Ħ			他の保険契約または共済契約の有無	Ħ			(なし)	
会 社 名:	( <b>=</b> h )	会 社 名:	( ± h ``	会 社 名:	(ab)	会社名	満期日	支払い限度額	
満期日:	( <b>b</b> b )	満期日:	(あり)	満期日:	( (000) /				
保険等の種類:	/ <del>tal</del> \	保険等の種類:		険等の種類:		「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			
支払限度額:	(なし)	保険金額(支払限度額):	(なし)	保険金額:		相質保険第2早相質余頃5即信用相質余頃」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 ⑦-2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)