

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 (〒 -)	法人名・団体名	(フリガナ)		連絡先(ご担当者名:) TEL (- -) FAX (- -) 従業員数 (人) 定員 (人)	☆借用施設の名称 施設名 () 施設住所 (〒 -) ★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、平成30年4月1日(午前0時)～平成31年3月31日(午後12時)が保険期間となります。	
			代表者名	(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。			
				施設長印(法人代表者印)をご捺印下さい。			
様	加入依頼日: 平成 年 月 日			保険始期: 平成30年4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			保険終期: 平成31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。

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付帯)	③サービス従事者感染症補償保険 (約定履行費用保険)	④サービス利用者傷害見舞金保険 (約定履行費用保険)	⑤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)					⑥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)	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)							
	(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					法定乗車定員の合計人数による (注6)	事業者向け現金等総合補償保険と身元信用保険による 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			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 ☆ ()人 × 6,280円	☆ ()時間 × ○ 1円 ○ 2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	☆ ()人 × 300円 *感染症補償規定(☆)をご提出ください。	Aコース ☆ ()人 × 1,220円	【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	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。						
合計保険料		① (1) 0円					② (2) 0円	③ (3) 0円	④ (4) 0円	⑤ (5) 0円						⑥ (6) 0円	⑦ (7) 0円				
中途加入の場合の保険料		① (1) (注8) 0円					② (2) ①(2) × ケ月/12 0円	③ (3) ② × ケ月/12 0円	④ (4) ④ × ケ月/12 0円	⑤ (5) (注8) 0円						⑥ (6) (注8) 0円	⑦ (7) ⑦ × ケ月/12 0円				
合計保険料		① (1) 0円					② (2) ①(2) × ケ月/12 0円	③ (3) ③ × ケ月/12 0円	④ (4) ④ × ケ月/12 0円	⑤ (5) (注8) 0円						⑥ (6) (注8) 0円	⑦ (7) ⑦ × ケ月/12 0円				
中途加入の場合の保険料		① (1) (注8) 0円					② (2) ①(2) × ケ月/12 0円	③ (3) ③ × ケ月/12 0円	④ (4) ④ × ケ月/12 0円	⑤ (5) (注8) 0円						⑥ (6) (注8) 0円	⑦ (7) ⑦ × ケ月/12 0円				
合計保険料		① (1) 0円					② (2) ①(2) × ケ月/12 0円	③ (3) ③ × ケ月/12 0円	④ (4) ④ × ケ月/12 0円	⑤ (5) (注8) 0円						⑥ (6) (注8) 0円	⑦ (7) ⑦ × ケ月/12 0円				

在宅横出しサービス
公的介護保険対象外のサービス
公的介護保険対象のサービス

(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を記入し、保険料を算出願います。職種別別の職業・職務に従事される場合は代理店までお問い合わせ下さい。

(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>
()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>
()に1日の最大利用者数 (利用者が最も多い日の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)、⑤、⑥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、保険金をお支払い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ません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下さい。
ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできませんので、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)に内容の変更が生じた場合は、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。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場合がありますので、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	平成 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(パンフレットP25に記載されています。)の内容

東社協処理欄
月 日

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 〒162-0001 新宿区神楽坂1-1-100	法人名・団体名 さわやか福祉サービス	(フリガナ) サワヤカフクシサービス 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)	☆借用施設の名称 施設名(さわやかな家) 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、平成30年4月1日(午前0時)～平成31年3月31日(午後12時)が保険期間となります。
	☆事業者名 (フリガナ) 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	代表者名 (フリガナ) ダイヒョウ アズマタロウ 代表 東 太郎 (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 3 月 4 日 中途加入補償開始日:平成 年 月 日 午前0時	保険始期:平成30年4月1日 午後4時(注) 保険終期:平成31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。

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サービス利用者傷害見舞金保険 (約定履行費用保険)	⑤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上傷害危険補償特約付帯)				⑥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)	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)			
	(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日の最高利用者数による				法定乗車定員の合計人数による(注6)	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。			
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		1日の最高利用者数による											
	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。					【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	法定乗車定員数		
居宅介護サービス (障害者自立支援法に基づく)	★ Iタイプ		● 2千万円	☆ (20) 人 × 300円	Aコース ☆ () 人	○	○	○	○	× ☆ () 人	1	多摩50㊦1234	5	事業者向け現金等総合補償保険 動産総合保険部分 (200)万円 受託者賠償責任保険部分 (200)万円
移送サービス	☆ (14) 人 × 6,280円					○	○	○	○	× ☆ () 人				
ガイドヘルプサービス	□ IIタイプ		○ 5千万円	*感染症補償規定(☆)をご提出ください。	× 1,220円	○	●	○	○	× ☆ (4) 人	3			身元信用保険 年間総支払限度額 ○ 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☆ (20) 人
	☆ () 人 × 9,750円					○	○	○	○	× ☆ () 人				
	□ IIIタイプ		○ 37,880円	*サービス約款(☆)をご提出ください。	× 3,620円	○	○	○	○	× ☆ () 人	5			【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。
	☆ () 人 × 18,410円					○	○	○	○	× ☆ () 人				
【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。	☆ 職業・職務 (在宅福祉サービス従事者)		【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。			【公的介護保険対象介護サービス】は以下にご記入ください。				7			7	(3,600) 円 + 受託者賠償責任保険部分 (3,600) 円 + 身元信用保険 (28,580) 円 = (34,580) 円 保険料はパンフレットP8~10をご参照下さい。
訪問介護サービス (公的介護保険)	☆ 職種級別 (A)		○	○	○	○	○	○	○					
	☆ () 時間 × ○ 1円 ● 2円					○	○	○	○	× ☆ () 人	2,000円×合計法定乗車定員 (10) 人			
	☆ () 時間 × ○ 1円 ○ 2円					○	○	○	○	× ☆ () 人				
合計保険料 各保険料毎の合計(①~⑦)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。	①	①		②	③	⑤				⑧	⑦			
	(1)	(2)		(1)	(2)	(5)				(6)	(7)			
	87920	71240		14950	6000	71600				20000	34580			
中途加入の場合の保険料 各保険料毎の合計(①~⑦)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。	①	①		②	③	⑤				⑧	⑦			
	(1)	(2)		(1)	(2)	(5)				(6)	(7)			
	0	0		0	0	0				0	0			

(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を記入し、保険料を算出願います。職種級別Bの職業・職務に従事される場合は代理店までお問い合わせ下さい。
 (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>
 ()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>
 ()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)、⑤、⑥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、保険金をお支払い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ません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下さい。
 ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできませんので、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)に内容の変更が生じた場合は、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。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)	367,830円
保険料払込予定日	平成30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(パンフレットP25に記載されています。)の内容

東社協処理欄
月 日