

介護事業者・社会福祉施設損害保険 加入依頼書

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

【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「個人情報取扱に関するご案内」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	☆施設住所	(〒 -)	法人名・団体名	(フリガナ)	連絡先	TEL (-) FAX (-) 担当者名 ()	☆グループホームの名称 ①() ②() ③()
	☆施設名	(フリガナ)	施設長名・管理者名 (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。  施設長印(法人代表者印)をご捺印ください。	施設床面積 ()㎡ 施設職員数 ()人 定員 ()人	☆グループホームの住所 () ☆借用施設の名称 施設名 () 施設住所 ()	
		会員番号			加入依頼日: 令和 年 月 日 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。	保険始期: 令和7年10月1日 午後4時 (注) 保険終期: 令和8年10月1日 午後4時 (注) ★他の保険契約等 (※) あり	
							(注) 約定履行費用保険、身元信用保険 令和7年10月1日(午前0時)～令和8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、「告知事項の申告書」に詳細をご記入ください。

下記保険料は、令和7年10月1日から1年間の保険料です。①～⑩の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。

①施設損害賠償責任保険は行うサービス(1～15)のうち、最も保険料の高いサービス名をご選択ください。(16居宅介護支援等、17重度障害者等包括支援、18一般相談支援事業、特定相談支援事業、19法外事業、ショートステイにご加入の場合は、該当保険料を加算してください。)

事業種別番号	☆施設・事業種別 (行うすべてのサービスに●をしてください)	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)			②借用不動産賠償責任保険 (施設賠償責任保険 借用不動産損害賠償特約)	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 (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 (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サービス利用者傷害見舞金補償保険		⑨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)	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)	⑪就労支援事業向け作業受託物賠償責任保険 (受託者賠償責任保険)
		Iタイプ	IIタイプ	IIIタイプ						Iタイプ	IIタイプ	IIIタイプ	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)、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))			
1	施設入所支援 ○	○43,320円	○82,320円	○90,560円						○施設C(通所型) (管理下のみ補償・往復途上補償)	○施設C(通所型) (管理下のみ補償・往復途上補償)	○施設C(通所型) (管理下のみ補償・往復途上補償)	○	○Aコース 1日の最高利用者数 ×☆()人 ×1,220円 =()円	○登録番号* () 法定乗車定員 ()人	○	○
2	共同生活援助(グループホーム) 介護サービス包括型 ○ 外部サービス利用型 ○	○43,320円 ○24,170円	○82,320円 ○43,960円	○90,560円 ○48,360円									○	×☆()人 ×1,220円 =()円		○	○
3	療養介護 ○	○30,870円	○56,120円	○61,730円	(支払限度額) ○2千万円 (保険料) 14,950円	○Iタイプ 45,000円	○Iタイプ 1日の最高稼働従事者人数 ☆()人 × 6,750円 =()円	○	○	3,270円	7,510円	15,030円	○	○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆()人 ×3,620円 =()円		○	○
4	生活介護 ○	○30,870円	○56,120円	○61,730円									○	○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆()人 ×3,620円 =()円		○	○
5	自立訓練(機能訓練) ○	○24,790円	○47,100円	○51,800円									○	○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆()人 ×3,620円 =()円		○	○
6	自立訓練(生活訓練) ○	○24,790円	○47,100円	○51,800円									○	○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆()人 ×3,620円 =()円		○	○
7	宿泊型自立訓練 ○	○43,320円	○82,320円	○90,560円									○	○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆()人 ×3,620円 =()円		○	○
8	就労移行支援 ○	○24,790円	○47,100円	○51,800円									○	○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆()人 ×3,620円 =()円		○	○
9	就労継続支援A型 ○	○24,790円	○47,100円	○51,800円									○	○Bコース 1日の最高利用者数 ×☆()人 ×3,620円 =()円		○	○
10	就労継続支援B型 ○	○24,790円	○47,100円	○51,800円	(支払限度額) ○5千万円 (保険料) 37,880円	○IIタイプ 76,240円	○IIタイプ 1日の最高稼働従事者人数 ☆()人 × 9,030円 =()円	○	○				○	○Cコース (入所者) 入所者数 ☆()人 ×1,460円 =()円		○	○
11	地域活動支援センターI型 ○	○23,190円	○42,160円	○46,380円									○	○Cコース (入所者) 入所者数 ☆()人 ×1,460円 =()円		○	○
12	地域活動支援センターII型 ○	○33,700円	○61,310円	○67,450円									○	○Cコース (入所者) 入所者数 ☆()人 ×1,460円 =()円		○	○
13	地域活動支援センターIII型 ○	○33,700円	○61,310円	○67,450円									○	○Cコース (入所者) 入所者数 ☆()人 ×1,460円 =()円		○	○
14	福祉ホーム ○	○24,170円	○43,960円	○48,360円									○	○Cコース (入所者) 入所者数 ☆()人 ×1,460円 =()円		○	○
15	日中一時支援事業 ○	○30,870円	○56,120円	○61,730円									○	○Cコース (入所者) 入所者数 ☆()人 ×1,460円 =()円		○	○
16	居宅介護、重度訪問介護、行動援護、移動支援事業、意思疎通支援事業、同行援護 ○	-	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×1.6円	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×1.8円									○	○Cコース (入所者) 入所者数 ☆()人 ×1,460円 =()円		○	○
17	重度障害者等包括支援 ○	-	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×2.5円	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×2.7円	借用施設の明細: 上記記載の施設								○	○Cコース (入所者以外) 1日の最高利用者数 ☆()人 ×1,350円 =()円		○	○
18	一般相談支援事業、特定相談支援事業 ○	-	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×1.6円	○従事者年間総活動時間 ★()時間 ×1.8円									○	○Cコース (入所者以外) 1日の最高利用者数 ☆()人 ×1,350円 =()円		○	○
19	法外事業(心身障害者(児)訓練事業、心身障害者授産事業と同種の事業)	30名以下 ○ 31名以上 ○	○23,190円 ○30,750円	○46,380円 ○61,450円									○	○Cコース (入所者以外) 1日の最高利用者数 ☆()人 ×1,350円 =()円		○	○
20	その他() ○		○42,160円 ○55,850円	○46,380円 ○61,450円									○	○Cコース (入所者以外) 1日の最高利用者数 ☆()人 ×1,350円 =()円		○	○

合計保険料		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
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	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
中途加入時の保険料合計		①×	②×	③×	④×	⑤×	⑥×	⑦×	⑧×	⑨×	⑩×	⑪×
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	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

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。
(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。
(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。
(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【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	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。(2025年7月作成 25T-000583)

【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重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容(傷害保険のみ)
③重要事項説明書の内容
④重要事項説明書添付の「個人情報取扱に関するご案内」の内容

加入依頼書は保険契約申込書裏面の「告知事項の申告書」

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

Header information form including address (東京都新宿区神楽河岸1-1), facility name (あんしん福祉園), and contact details (TEL: 03-1234-5678).

下記保険料は、令和7年10月1日から1年間の保険料です。①～⑪の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。

①施設損害賠償責任保険は行うサービス(1～15)のうち、最も保険料の高いサービス名をご選択ください。(16居宅介護支援等、17重度障害者等包括支援、18一般相談支援事業、特定相談支援事業、19法外事業、ショートステイにご加入の場合は、該当保険料を加算してください。)

Main table with 11 columns for insurance types (e.g., 施設損害賠償責任保険, 借入金不動産賠償責任保険) and 20 rows for services (e.g., 施設入所支援, 共同生活援助).

Summary table for total insurance fees (合計保険料) and intermediate fees (中途加入時の保険料合計).

Footer section including '加入事業者名(施設名)', '加入者番号', '総合計保険料' (744,500円), and '保険料払込予定日' (8月10日).

【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。
加入施設ごとの事業種別番号を漏れなく記載ください。

(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。

加入者番号
総合計保険料 744,500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。(2025年7月作成 25T-000583)

介護事業者・社会福祉施設損害保険 加入依頼書

障害者総合支援法へ移行済みの事業者の皆様は「障害者総合支援法等対応版」をご使用ください。

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。

Header form containing contact information, facility details, and insurance terms. Includes fields for telephone/fax numbers, facility name, and dates.

下記保険料は、令和7年10月1日から1年間の保険料です。①～⑪の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。

補償対象とする施設・事業種別に●をつけてください。

Main table with 14 columns for facility types and 11 columns for insurance categories. Includes a summary row at the bottom for total and interim payment amounts.

加入事業者名(施設名)と事業種別番号の記入欄。

★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。

(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。

加入者番号の記入欄。

総合計保険料と保険料払込予定日の記入欄。

※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。(2025年7月作成 25T-000583)

介護事業者・社会福祉施設損害保険 加入依頼書

障害者総合支援法へ移行済みの事業者の皆様は「障害者総合支援法等対応版」をご使用ください。

加入依頼書は保険契約書の裏面の「告知事項」を必ずご確認ください。

記入例

Application form header with fields for address (東京都新宿区神楽河岸1-1), facility name (あんしん福祉園), contact info (TEL: 03-1234-5678), and insurance terms.

下記保険料は、令和7年10月1日から1年間の保険料です。①～⑪の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。

補償対象とする施設・事業種別に●をつけてください。

Main table with 11 columns for insurance types (e.g., ①施設損害賠償責任保険, ②借用不動産賠償責任保険) and rows for facility types (e.g., 1 女性自立支援施設, 2 介護施設). Includes a summary row for total premiums.

加入事業者名(施設名) (あんしん福祉園) and 事業種別番号 (③) fields.

★または☆が付された事項はご加入についてお答えいただいた内容が事実... 【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。

これらについてお答えいただいた内容が事実... (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...

加入者番号 field and 総合計保険料 (660,540 円) / 保険料払込予定日 (8月10日) summary.

※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。(2025年7月作成 25T-000583)

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保険 ③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 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 ⑪就労支援施設向け作業受託物賠償責任保険 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①～③⑪の保険)		★約定履行費用保険(上記⑤、⑧-2(A・Bコース) ★レジャー・サービス施設費用保険(上記⑧-1の保険)		★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	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	はい いいえ	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	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.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			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	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.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	
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		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。	あり なし	
会社名:	あり	会社名:	あり	会社名:	あり	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:	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(支払限度額):		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補償保険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。