

申込締切日（送金・本書類とも）
3月6日必着

更新

新規

2024年度
社会福祉施設総合補償制度加入依頼書（4月1日加入用）

加入者番号

-

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会 行

加入依頼日 年 月 日

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。

☆施設住所	カナ 〒	都道府県	TEL	FAX
☆施設名	カナ	施設種別	<input type="checkbox"/> 老人	<input type="checkbox"/> 児童
			<input type="checkbox"/> 知的	<input type="checkbox"/> 救護
			<input type="checkbox"/> 身障	<input type="checkbox"/> 母子
			<input type="checkbox"/> 保育	<input type="checkbox"/> その他
☆代表者 (加入者)	カナ 役職	氏名	☆被保険者数	■定員数・合計
			内訳	<input type="checkbox"/> 入所型施設・定員数
				<input type="checkbox"/> 通所型施設・定員数
				(一日最大利用者数)
☆法人住所	カナ 〒	都道府県	TEL	FAX
☆法人名	カナ			
保険に関する連絡先		保険担当者氏名		
【必須】 北海道社会福祉協議会への 加入状況	<input type="checkbox"/> 施設会員である	[会員番号:]		
※会員番号は昨年度の会費算定 調査票・会費請求書等でご確認下 さい。	<input type="checkbox"/> 法人会員である	[会員番号:]		
	<input type="checkbox"/> 準会員である	[会員番号:]		

注：「1. 施設業務賠償責任事故補償制度」および「3. 従業員の業務中補償制度」の記名被保険者は上記の事業者になります。また、「2. 施設利用者向けケガの補償制度」の被保険者は施設の利用者、入居者となります。ただし「2. 施設利用者向けケガの補償制度」の「送迎車搭乗中のケガ補償プラン」の被保険者は施設の利用者、入居者に限らず、同乗した見舞客、ご家族、運転手等も対象となります。

ご加入に際して

私は、自分が保険契約者である企業または団体の構成員であること、および重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」並びに「重要事項説明書」の内容を確認の上、以下のとおり加入を依頼します。加入依頼者は裏面に記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について確認の上、同意いたします。
★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。(施設賠償責任保険、生産物賠償責任保険、受託者賠償責任保険、医師賠償責任保険、傷害保険)ご加入後に★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、保険金が削減されること、またはご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。(看護職賠償責任保険、介護サービス事業者賠償責任保険、サイバーリスク保険、労働災害総合保険)ご加入後に★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契約を解除することがあります。★が付された事項(告知事項)★が付された事項(告知事項かつ通知事項)は、保険種類ごとに異なります。

プラン1 施設業務賠償責任補償	<input type="checkbox"/> プラン1-1 基本補償プラン A	
	対人1事故限度額 <input style="width: 40px;" type="text"/> 億円型 1名支払限度額 <input style="width: 40px;" type="text"/> 万円	☆定員数 (定員がない場合最大利用者数) <input style="width: 40px;" type="text"/> 人 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 円
	<input type="checkbox"/> プラン1-2 医療業務事故補償プラン (こちらのプランへご加入の方は、併せて同封の「医師賠償責任保険告知事項申告書」もご提出ください。) B	
	(1カ所あたり) 45,000円 × ☆診療所数 <input style="width: 40px;" type="text"/> カ所	= <input style="width: 60px;" type="text"/> 円
	<input type="checkbox"/> プラン1-3 看護師補償プラン C	
(1名あたり) 5,000円 × ☆人数 <input style="width: 40px;" type="text"/> 人	= <input style="width: 60px;" type="text"/> 円	
<input type="checkbox"/> プラン1-4 介護サービス事業補償プラン D		
<input type="checkbox"/> 施設業務 (千円) <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援業務 (千円) <input style="width: 40px;" type="text"/>	
☆売上高 <input type="checkbox"/> 訪問介護その他の業務 (千円) <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 福祉用具販売・レンタル (千円) <input style="width: 40px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 訪問看護業務 (千円) <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 住宅改修 (千円) <input style="width: 40px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 特定感染症対応費用担保特約を付帯する		・売上高によって保険料が異なりますので、代理店へお問い合わせください。 ・代理店へお問い合わせいただいた結果の保険料をご記入ください。
= <input style="width: 60px;" type="text"/> 円		
<input type="checkbox"/> プラン1-5 サイバーリスク補償プラン (こちらのプランへご加入の方は、合わせてサイバーリスク保険ご質問書をご提出ください。) E		
□総売上高 <input style="width: 40px;" type="text"/> (千円)	・売上高によって保険料が異なりますので、代理店へお問い合わせください。 ・代理店へお問い合わせいただいた結果の保険料をご記入ください。	
= <input style="width: 60px;" type="text"/> 円		

プラン2 施設利用者向けケガ補償	職種級別 <input type="checkbox"/> プラン2-1 入所型施設向けプラン ご加入タイプ <input type="checkbox"/> G																	
	<input type="checkbox"/> (タイプA) 4,140 <input type="checkbox"/> (タイプB) 12,420																	
	入所者1名あたり 保険料 <input style="width: 40px;" type="text"/> 円 × ☆入所者数 <input style="width: 40px;" type="text"/> 人 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 円																	
	☆職業・職種																	
☆他の保険契約等※ <input type="checkbox"/> プラン2-2 通所型施設向け基本プラン<施設内外(管理下中)> ご加入タイプ <input type="checkbox"/> H																		
<input type="checkbox"/> (タイプA) 3,730 (一日最大利用者数) <input style="width: 40px;" type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> (タイプB) 11,200																		
通所者1名あたり 保険料 <input style="width: 40px;" type="text"/> 円 × ☆定員数 <input style="width: 40px;" type="text"/> 人 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 円																		
あり <input type="checkbox"/> プラン2-3 通所型施設向け基本プラン<施設内外(管理下中)> + 就業中のケガ補償 ご加入タイプ <input type="checkbox"/> I																		
<input type="checkbox"/> (タイプA) 5,390 (一日最大利用者数) <input style="width: 40px;" type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> (タイプB) 16,170																		
通所者1名あたり 保険料 <input style="width: 40px;" type="text"/> 円 × ☆定員数 <input style="width: 40px;" type="text"/> 人 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 円																		
<input type="checkbox"/> プラン2-4 送迎車搭乗中の傷害補償プラン J																		
1名あたり 1,900円 × 乗車定員数 <input style="width: 40px;" type="text"/> 人 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 円																		
送迎サービスに利用する車両の登録番号と法定乗車定員数をご記入下さい。(登録番号記載例 → 札幌100あ1234)																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;">定員</td> <td style="width: 10%;">名</td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;">定員</td> <td style="width: 10%;">名</td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;">定員</td> <td style="width: 10%;">名</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td>定員</td> <td>名</td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td>定員</td> <td>名</td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td>定員</td> <td>名</td> </tr> </table>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名	<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名	<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名	<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名	<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名	<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名
<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名	<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名	<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名										
<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名	<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名	<input style="width: 90%;" type="text"/>	定員	名										

プラン3 従業員業務中補償制度	<input type="checkbox"/> プラン3-1 業務災害補償プラン ※法定外補償規定の有無 (どちらかに○をつけてください。有の場合はご添付ください。) 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> K
	1名あたり 2,560円 × ☆従業員数 <input style="width: 40px;" type="text"/> 人 (注) 把握可能な最近の会計年度の平均被用者数 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 円
<input type="checkbox"/> プラン3-2 業務災害補償プラン (法定外補償保険+使用者賠償責任保険) L	
1名あたり 2,560円 × ☆従業員数 <input style="width: 40px;" type="text"/> 人 + (賃金総額100万円あたり) 640円 × ☆賃金総額 <input style="width: 40px;" type="text"/> 百万円 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 円	
合計保険料 (上記の各プランの中からご加入されるプランを選択し、計算して下さい)	
保険料合計 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円	
保険料振込日 <input style="width: 40px;" type="text"/> 月 <input style="width: 40px;" type="text"/> 日 (予定日)	

○ご加入にあたっては、本加入依頼書裏面記載のご注意事項を必ずご一読の上、内容をご承認ください。

<ご加入時のご注意事項>

○傷害保険の死亡保険金は法定相続人に支払われます。

他の保険契約等（*）

（1）傷害保険

具体的な内容をご記入ください。

（*）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。

被保険者氏名	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(万円) (ご契約金額)

（2）賠償責任保険

★告知事項申告欄 どちらかに○をお付け下さい。「はい」「あり」の場合、詳細をご記入ください。

①本保険で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み時において、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み時において、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

	会社名	保険等の種類	満期日	支払限度額(保険金額)
あり				
なし				

（3）労働災害保険(法定外補償保険)

★他の保険契約等(下記該当に○で囲んで下さい。)	・会社名			
	・保険等の種類		・満期日	
	・支払限度額(保険金額)			
あり ・ なし				
過去3年間の業務災害 (発生年月・事故内容・災害金額等)				

<個人情報の取扱いに関するご案内>

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。
東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。
なお、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。
①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、国内外の再保険引受会社等に提供すること
⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等（過去の情報を含みます。）をご契約者およびご加入者に対して提供すること
詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp) をご参照ください。

【取扱代理店】株式会社 森保険ホールディングス
〒060-0953 札幌市中央区宮の森3条8丁目2-30 山の手ゴルフセンター別館3F
Tel: 011-641-4589 Fax: 011-613-0604

【非幹事(提携)代理店】株式会社 GICコンサルティング
〒064-0953 札幌市中央区宮の森3条1丁目1番34号
Tel: 011-643-1239 FAX: 011-643-1899

引受保険会社：東京海上日動火災保険株式会社 担当課：札幌中央支店 C7-M 〒060-8531 札幌市中央区大通西3-7 TEL: 011-271-2689

2023年12月作成 23T-001949