

別紙明細に記載いただきました事業種類を  
 全件ご記入ください。

〔文字数の兼ね合いで記載できない場合は  
 【別紙明細の通り】とご記入ください〕

# 記入見本

※ 併設施設 **あり** の場合裏面もご覧ください。

併設施設を  
 含めた  
 総定員数

現在、併設施設ありでご加入の  
 場合は○の記載がございます。

定員数や売上高、  
 合計保険料は  
 併設施設も合算の上  
 ご記入ください。

組合補償制度 加入申込票 (兼契約内容変更依頼票)

申込日 2023年11月30日 保険期間 2024年1月1日午後4時から2024年12月31日午後4時

施設所在地 〒541-0056 大阪市中央区久太郎町4-1-3

法人名 社会福祉法人 しまもとほけん福祉会

施設種類 特別養護老人ホーム、通所介護、短期入居生活介護、訪問介護、訪問看護、老人福祉センター

施設コード 12345

施設定員 (併設施設がある場合は総定員数) 90名

TEL 06-1234-5678 FAX 06-8765-4321 担当者 島本 次郎

E-mail mail@address.co.jp

併設施設 **あり**

加入者証の送付先 (所在地と異なる場合)

ご加入する制度に○印をして、該当制度にご記入ください。補償内容はパンフレットをご覧ください。

補償制度名	基礎単位	加入タイプ・単位保険料	保険料算出の基礎	保険料
① 賠償責任	総定員数	施設区分 (I型) (II型)	( )名	円
② 施設内火災	総定員数	(I型) (II型)	(90)名	293,370円
③ 入所者・利用者見舞金	総定員数	★売上高合計	(2,000)万円	47,000円
④ 入所者傷害事故	定員数	標準プラン 12,800円 スリムプラン 2,560円	( )名	円
⑤ 従業員の不誠実行為	被保険人数	(I型) (II型) (加型)	( )名	円
⑥ 施設職員労災上乗せ	職員数	⑥のみ加入 2,360円	( )名	円
⑦ 使用者賠償責任	職員数	⑦のみ加入 1,220円	( )名	円
⑧ セットの場合	職員数	⑧セットの場合 2,750円	( )名	円
⑨ 非常勤職員災害	職員数	標準プラン 6,300円 スリムプラン 3,150円	( )名	円
⑩ 理事長・施設長災害	人数	I型 40,000円 II型 45,000円	( )名	円

見舞金等

役員災害補償

保険料税込 (予定)日 年 月 日 合計保険料 558,370円

別表I 制度⑧・⑨ 施設職員数申告書

政府労災加入の全従業員数	うち特別加入者 (含む)
名	名

別表II 制度⑧・⑨ 総合リスク診断評価シート

質問	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
回答欄											
質問	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	XIII
回答欄											

別表III 制度⑩ 最高稼働人数申告書

対象者の職務	対象者数	★最高稼働人数
名	名	名

別表IV 制度⑪ 被保険者明細書

符号	氏名	フリガナ	性別	生年月日	職務	加入タイプ	合計
1			男・女			①②	名
2			男・女			①③	
3			男・女			①④	

3枚目は加入者控となりますので、切り取って保管ください。1枚目裏面も忘れずにご確認ください。

HASG68-2309

事業種類をご記入の上、  
入所・通所・その他のいずれかに○をご記入

施設・事業所明細書

明細番号	施設・事業所名称	事業種類	所在地	定員数	備考	加入日
1	★施設名のとおり	特別養護老人ホーム <input checked="" type="radio"/> 入所 <input type="radio"/> 通所 <input type="radio"/> その他	大阪市中央区久太郎町4-1-3	50 名		1/1
2	デイサービスセンターしまもと	通所介護 <input type="radio"/> 入所 <input checked="" type="radio"/> 通所 <input type="radio"/> その他	〃	30 名		〃
3	短期入所生活介護事業所しまもと	短期入所生活介護 <input checked="" type="radio"/> 入所 <input type="radio"/> 通所 <input type="radio"/> その他	〃	10 名		〃
4	しまもと訪問介護支援事業所	老人居宅介護等事業（訪問介護） <input type="radio"/> 入所 <input type="radio"/> 通所 <input checked="" type="radio"/> その他	〃	名		〃
5	しまもと相談支援センター	相談支援 <input type="radio"/> 入所 <input type="radio"/> 通所 <input checked="" type="radio"/> その他	〃	名		〃
6	しまもと老人福祉センター	老人福祉センター <input type="radio"/> 入所 <input type="radio"/> 通所 <input checked="" type="radio"/> その他	〃	名		〃
		<input type="radio"/> 入所 <input type="radio"/> 通所		名		
		<input type="radio"/> 入所 <input type="radio"/> 通所		名		
9		<input type="radio"/> その他				
10		<input type="radio"/> 入所 <input type="radio"/> 通所 <input type="radio"/> その他				
合計				90 名		

・明細番号 1 はご捺印いただくお申込票に記載の主たる事業所(★施設名)を指します。  
・併設する事業所ごとにご記入いただきそれぞれの事業種類・定員数をご記入ください。

定員数の合計をご記入  
(=お申込票の総定員数)

※事業所明細書(入力機能付)はホームページからも取り出し可能です。