

加入申込票ご記入例

【表面】

2025年版

大阪府社会福祉協議会 社会福祉施設・事業者 総合補償制度 加入申込票 (兼契約内容変更依頼票)

振込No.

申込日

2024年 11 月 25 日

保険期間

2025年1月1日午後4時から2026年1月1日午後4時(制度⑥⑦は2024年12月31日午後4時から2025年12月31日午後4時(制度⑦)は2025年1月1日午前0時から2025年12月31日午後12時))

中途加入補償開始日

年 月 日

申込加入者

施設所在地

(フリガナ) オオサカシチュウオウキタハム
〒540-8677
大阪市中央区北浜4-3-1

★施設名

(フリガナ) トクベツヨウゴロウジンホーム ミツイソウ
特別養護老人ホーム 三井荘

★代表者役職・氏名

(フリガナ) リンチョウ スミトモタロウ
記名してください。(個人の場合はフルネームでご著名ください。)

理事長 住友太郎

施設長(法人代表者)印を
押印してください。

施設コード

31000

★法人名

社会福祉法人 大阪福祉会

事業種類

特別養護老人ホーム

T E L

06-6233-1536

F A X

06-6233-15XX

担当者

住友太郎

E-mail

osakafukushi@xxx.or.jp

本メールアドレスにお立ち情報の送付を希望
しますか?記入がない場合は「はい」となります。

はい

いいえ

併設施設

あり

別紙明細書にご記入ください。

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社会福祉施設賠償責任

総定員数

施設区分(A)(B)(C)

★()名

円

(1)基本保険料

★()名

円

(2)付加保険料

★対象業務毎の売上高

★売上高合計

単位保険料

a. *(10,000)万円

a+b+c

★()名

円

b. *()万円

(15,000)万円

★()名

円

c. *(5,000)万円

★()名

円

対象業務の内訳については、パンフレットをご参照ください。

705,000 円

②福祉事業者総合賠償責任

総定員数

施設区分(A)(B)(C)

★()名

円

★対象業務毎の売上高

★売上高合計

単位保険料

a. *(10,000)万円

a+b+c

★()名

円

b. *()万円

(15,000)万円

★()名

円

c. *(5,000)万円

★()名

円

対象業務の内訳については、パンフレットをご参照ください。

705,000 円

③医療行為賠償責任

診療所数

69,670円

★()施設

69,670 円

④エレベーター賠償責任

台数

3,970円

★()台

円

⑤入所者・利用者見舞金

定員数

標準プラン 1,900円

★()名

円

スリムプラン 1,400円

★()名

円

⑥入所者傷害事故

定員数

標準プラン 12,800円

★()名

円

スリムプラン 2,560円

★()名

円

⑦従業員の不誠実行為

被保証人数

★()名

円

⑧施設職員労災上乗せ

別表Ⅰ

⑧のみ加入

2,360円

★()名

円

⑨使用者賠償責任

別表Ⅰ

⑨のみ加入

1,220円

★()名

円

⑧⑨セットの場合

別表Ⅰ・Ⅱ

⑧⑨セットの場合

2,750円

★()名

円

⑩非常勤職員災害

別表Ⅲ

標準プラン 6,300円

★()名

円

スリムプラン 3,150円

★()名

円

⑪理事長・施設長災害

別表Ⅳ

I型 40,000円

★()名

円

II型 45,000円

★()名

円

保険料振込(予定)日

2024年 11 月 25 日

合計保険料

1,687,120 円

ご注意

1.申込書(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合は、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ので十分にご確認ください。
2.この保険契約には、ご加入後に発生したすべての事項(通知義務等)があり、保険契約の重要な事項に関する説明書に記載しています。
3.また、補償内容等の詳細は普通保険約款・特約において定めていますのでご確認ください。
4.※印の項目は大切な項目です。訂正時には申込加入者(加入者)の訂正印(または訂正署名)をお願いします。
5.制度⑧⑨において、この保険契約では、事故発生時に保険契約に関する事項等について、損害保険会社等の間で確認することがあります。
6.制度⑩⑪において、この保険契約では、事故発生時に保険契約に関する事項等について、一般社団法人 日本損害保険協会に登録された損害保険会社等の間で共有することがあるほか、事故発生の際に損害保険会社等の間で確認することがあります。

該当する制度にご加入の場合のみご記入ください。

制度⑦ 1枚目裏面の告知書にご記入ください。

別表Ⅰ 制度⑧⑨ 施設職員数報告書

政府労災加入の全従業員数 25 名 一部のみの除外はできません。 うち特別加入者(含む) 1 名

【特別加入者明細】

符号

氏 名

フリガナ

性 別

生年月日

職 務

1

住友太郎

スミトモ タロウ

男・女

S50.6.10

理事長

2

男・女

別表Ⅱ 制度⑧⑨ 総合リスク診断評価シート ※

パンフレットP16の質問事項を参照のうえ、「はい」に該当する場合、回答欄に○をつけてください。

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

以下の通りに相違ありません。

対象者の職務

対象者数

★最高稼働人数

登録ヘルパー

30 名

10 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

住友太郎

スミトモ タロウ

男・女

S50.6.10

理事長

① ⑪

2

住友優子

スミトモ コウコ

男・女

S49.12.24

施設長

① ⑪

3

男・女

① ⑪

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

既にご加入のかたで
印字内容を変更する場合は、
二重線で抹消のうえ記入してください。

メールアドレスをご記入ください。

併設施設がある場合は別紙明細書
にご記入ください。

加入者証の送付先が申込施設所在地
と異なるときはご記入ください。

⑦従業員の不誠実行為損害補償にご加入の
場合はもれなくご記入ください。
ご記入内容を訂正の際は申込人(加入者)印
で訂正印を押印してください。

【裏面】

⑦従業員の不誠実行為損害補償にご加入の方

(ご注意)※印の項目は、大切な項目です。訂正する場合は申込人(加入者)または被保険者の訂正印(または訂正署名)をお願いします。

身元信用保険 被保険者告知書

告知書には事実を正確にご記入ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、告知内容が事実と相違する場合は、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ので十分にご確認ください。また、ご記入内容によってはお引受けをお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

この保険契約の普通保険約款およびセットされる特約の規定に基づき、以下のとおり告知します。

※

業種

特別養護老人ホーム

※

従業員(申込日時点)

全社員数

25 名

平均勤続年数

5年以下 10年以下 10年以上

※

金銭等の出納事務について

権限のある部署・役職

金額の範囲

・ 理事長
・ 施設長
・ 総務部長
・ 経理課長

・ 1,000,000 円まで
・ 500,000 円まで
・ 300,000 円まで
・ 100,000 円まで

※

被保証人

被保証人の範囲

全従業員

合計人数

25 名

※

金銭・商品・有価証券の取扱

被保証人の1人、1日当りの最大取扱金額

100,000 円

被保証人の手元に滞留する期間

1日 5日以内 5日超

※

社内検査

(検査要員、検査頻度、検査方法、日常の入出金についてのチェック方法等をご記入下さい)

年に一度、施設長が抜き打ち検査を実施。
毎朝、経理課長が管理簿記載の金額・確認者と金庫の現金を照合。等

※

従業員に身元保証人*を立てることを求めていますか

*身元保証に関する法律に基づき、従業員が事業者に対して債務を負った場合に、その債務を保証する第三者のことを指します。

□はい

■いいえ

※

過去5年間の役員または従業員の不誠実行為(窃盗・強盗・横領・詐欺・背任行為)

□あり(ありの場合は、ご加入いただけません。)

■なし

※

過去の保険契約

1.過去において身元信用保険の引受を拒絶されたことが

□あり

■なし

2.過去3ヶ月間に身元信用保険金を受領したことが

□あり

■なし

3.身元信用保険の前年度契約が

□あり

■なし

(ありの場合は、以下ご記入下さい)

保険会社

保険契約に関する個人情報について、引受保険会社がこの保険引受の審査および履行等のために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、保護区債等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含む。)の利用目的は、法令等に従い、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します。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む。)保険仲立人、債権回収、保険金の請求・支払いに関する関係先、一般社団法人 日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む。)に提供することがあります。詳細については、三井住友海上ホームページ(https://www.mitsui-ms.com/)をご覧ください。

同一建物内に
複数施設がありエレベーターを共通して利用する場合は、いずれか1施設でご加入ください。

該当するサービスのみ
ご記入ください。
a.介護保険法・障害者
総合支援法に基づく訪問介護等
b.配食サービス、福祉
用具貸与、販売
c.居宅介護支援業務

入所施設、通
所施設へ同時
加入の場合、
合算した定員
数をご記入
ください。

職員数は必ず直近の年度
分の「労働保険概算・確定
保険料申告書」に記載の人数
としてください。

他の保険契約等に
該当がある場合は
ご記入ください。

労働災害(労働災害共済保険)

会社名

保 険 種 類

⑨使用者賠償責任(労働災害共済保険)

満期日

令和

支払限度額

万円

⑥入所者傷害事故

同様の危険を補償する他の保険契約等(保険契約者がこの契約の申込人(加入者)と同一で、かつ被保険者がこの契約の被保険者となる全従業員を含む。)

はい

なし

⑩非常勤職員災害

傷者死亡・後遺障害保険金額

傷害入院保険金日額

傷害通院保険金日額

合計

万円

円

円

⑪理事長・施設長災害

過去3年以内にケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか

あり

なし

回数

合計金額

円

58