

加入申込票ご記入例

2027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）

申込日

2026年 11 月 25 日

保険期間

2027年1月1日午後4時から2028年1月1日午後4時

制度⑥⑩は2026年12月31日午後4時から2027年12月31日午後4時

制度⑦は2027年1月1日午前0時から2027年12月31日午後4時

申込者（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マ  
〒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 ミツインソウ  
特別養護老人ホーム 三井荘

★代表者役職・氏名

（フリガナ）リジチョウ 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署名ください。）  
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。



★法人名

（フリガナ）シャカイフクシホウジン オオサカ

社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会

事業種類

特別養護老人ホーム

T E L

06-6233-1536

F A X

E-mail

osakafukushi@xx.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社会福祉施設賠償責任                  | 総定員数       | 施設区分(A)(B)(C)   | ※★( )名    | 円         |         |
| ②福祉事業者総合賠償責任                 | (1)基本保険料   | 総定員数            | ★I型II型    | ※★( 80 )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           | I型::×47   |           |         |
| b. ※( )万円                    |            | ( 15,000 )万円    | II型::×40  |           |         |
| c. ※( 5,000 )万円              |            |                 |           |           |         |
| 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。 |            |                 |           |           |         |
| ③医療行為賠償責任                    | 診療所数       | 69,670円         | ※★( 1 )施設 | ●,●●● 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        | 充実プラン 3,600円    | ※★( )名    | 円         |         |
|                              |            | 標準プラン 1,900円    | ※★( 80 )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   | ※★( 80 )名 | ●,●●● 円   |         |
| ⑦従業員の不誠実行為 *継続施設のみ           | 被保証人数      | ★I型II型III型      | ※★( 25 )名 | ●,●●● 円   |         |
| ⑧施設職員労災上乗せ                   | 職員数        | ⑧のみ加入 2,360円    | ※★( )名    | 円         |         |
|                              |            | ⑨のみ加入 1,220円    | ※★( )名    | 円         |         |
|                              |            | ⑧⑨セットの場合 2,750円 | ※★( 25 )名 | ●,●●● 円   |         |
|                              |            | ⑩⑪セットの場合 6,300円 | ※★( 10 )名 | ●,●●● 円   |         |
| ⑨使用者賠償責任                     | 職員数        | 標準プラン 3,150円    | ※★( )名    | 円         |         |
|                              |            |                 |           |           |         |
| ⑩非常勤職員災害                     | 職員数        | I型 40,000円      | ※★( )名    | 円         |         |
| ⑪理事長・施設長災害                   | 人数         | II型 45,000円     | ※★( 2 )名  | ●,●●● 円   |         |
|                              |            |                 |           |           |         |

保険料振込  
（予定）日

2026年 11 月 25 日

合計保険料

●,●●● 円

ご注意

1. 申込書（付属書類を含みます。）には事実を正確に記述してください。虚偽の記載は、保険金を支払いません。  
2. この保険契約には、ご加入後にご連絡いただく必要があります。  
3. ★印の項目は大切な項目です。訂正時には申込書に記入してください。  
4. 制度⑧⑨において、この保険契約では、事故発生の際に、損害賠償金として、保険料から支払われます。  
5. 制度⑩⑪において、保険契約に関する事項等については、保険契約書に記載されています。

該当する制度にご加入の場合のみご記入

制度⑦ 1枚目裏面の告知書に

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 25

【特別加入者明細】

| 符号 | 氏名   | フリガナ    |
|----|------|---------|
| 1  | 住友太郎 | スミトモタロウ |
| 2  |      |         |

別表Ⅱ 制度⑧・⑨ 総合リスク診断書

| 質問  | 1  | 2  | 3  | 4  |
|-----|----|----|----|----|
| 回答欄 | ○  |    | ○  | ○  |
| 質問  | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 回答欄 | ○  | ○  | ○  | ○  |

別表Ⅲ 制度⑩ 最高稼働人数申告書

対象者の職務

登録ヘルパー

別表Ⅳ 制度⑪ 被保険者明細書

| 符号 | 氏名   | フリガナ    |
|----|------|---------|
| 1  | 住友太郎 | スミトモタロウ |
| 2  | 住友優子 | スミトモユウコ |
| 3  |      |         |

3枚目は加入者控となります。

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  
⑨使用者賠償責任（労働災害）

⑥入所者傷害（準記名式契約）  
⑩非常勤職員災害（準記名式契約）  
⑪理事長・施設長災害（団体総合生活）

