

**10月1日(月) 必着**

以降毎月10日が手続締切日  
(10日が土・日・祝日の場合はその前日)

全 老 健  
正会員番号

事務  
処理欄

加入  
番号

2018年

## 介護老人保健施設総合補償制度加入依頼書

公益社団法人 全国老人保健施設協会 行

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。

加入依頼日 2018年 月 日

ご加入に  
際して

私と被保険者全員は、以下①～④の事項について確認・同意のうえ、保険契約者である団体に対して加入を依頼します。

①私が保険契約者である団体の構成員であること、②重要事項説明書の内容、③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容、④パンフレット記載の「個人情報への取扱いに関するご案内」の内容

Ⅲ.見舞客・ボランティア傷害見舞金制度に加入する場合、当施設は契約期間の開始日を発効日とする「見舞客・ボランティア傷害見舞金規程(本制度加入施設用)」を実施します。Ⅶ-2.感染症補償制度(オプション)に加入する場合、当施設は契約期間の開始日を発効日とする「感染症補償規程(本制度加入施設用)」を実施します。

☆ ご加入対象施設 (記名被保険者)	施設住所	〒 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (TEL) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (FAX) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] カナ 都道府県
	施設名	カナ
	代表者	役職 氏名  私は「ご加入に際して」を確認し、保険契約者である企業・団体に対して加入を依頼します。
☆利用者定員	入所定員 <small>(短期入所療養介護含む)</small> [ ][ ][ ][ ]人 <small>(サテライト型・分館型の定員を含む)</small> 通所リハ定員 [ ][ ][ ][ ]人 利用者定員 合計 [ ][ ][ ][ ]人 <input type="checkbox"/> 訪問リハを行う(介護老人保健施設が行うものに限ります)	
保険担当者 役職・氏名	カナ 保険担当者役職 保険担当者氏名	
保険担当者連絡先 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 設置法人 <input type="checkbox"/> その他	住所	〒 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (TEL) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (FAX) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] カナ 都道府県
	名称	カナ
	E-mail	メールマガジンの配信を希望しない場合はチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/>

※サテライト型及び分館型老健を持つ施設は、施設情報を下記にご記入ください。

サテライト型及び分館型老健( (社)全国老人保健施設協会に届けがあるもの)がある場合はご記入ください。

☆施設住所	〒 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (TEL) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (FAX) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] カナ 都道府県	☆利用者定員 入所定員 <small>(サテライト型及び分館型のみ)</small> [ ][ ][ ][ ]人 <small>(短期入所療養介護含む)</small> 通所リハ定員 [ ][ ][ ][ ]人 利用者定員 合計 [ ][ ][ ][ ]人 <input type="checkbox"/> 訪問リハを行う
☆施設名	カナ	

事務処理欄	着信	DB入力	着金	郵便：施 号居 号( 円) 銀行口座	誤入金
-------	----	------	----	-----------------------	-----

補償開始希望日(中途加入日) 20 年 月 日

加入する制度に  保険期間・保険金額(支払限度額)等の詳細はパンフレットをご参照ください。

**施設基本プラン**

I. 賠償事故補償制度

IIの制度に加入の場合のみ適用

1名あたりの年間保険料 ☆利用者定員数 適用事故割増引き率(係数) セット割引

(1) 介護事故 850円 × 名 × ×  0.7  1.0 ×  0.75  0.8  1.0 × 加入月数 / 12カ月 = (1) 介護事故 円 (10円未満四捨五入、10円単位)

(2) 医療事故 40,700円 × 加入月数 / 12カ月 = (2) 医療事故 円 (10円未満四捨五入、10円単位)

(1) + (2) = 合計保険料 円

IIの制度に未加入の場合 ※(2)医療事故はオプションではありません。必ず(1)+(2)セットでご加入ください。  
 全老健リスクマネジャー割引(係数0.75または0.8または1)  
 リスクマネジャー有資格者が2名以上在籍の場合は、係数0.75  
 リスクマネジャー有資格者が1名在籍の場合は、係数0.8

訪問リハビリテーション ※訪問リハビリテーションを行っている場合は必ずご加入ください。加入がない場合は補償の対象となりません。  
 定員数にかかわらず年間 1,000円 × 加入月数 / 12カ月 = 保険料 円 (10円未満四捨五入、10円単位)

II. 利用者傷害見舞金制度

1名あたりの年間保険料 口数 ☆利用者定員数

1,300円 × 口 × 名 ×  0.75  0.8  1.0 × 加入月数 / 12カ月 = 保険料 円 (10円未満四捨五入、10円単位)  
 ※2口限度

全老健リスクマネジャー割引(係数0.75または0.8または1)  
 リスクマネジャー有資格者が2名以上在籍の場合は、係数0.75  
 リスクマネジャー有資格者が1名在籍の場合は、係数0.8

III. 見客客・ボランティア傷害見舞金制度

1名あたりの年間保険料 ☆利用者定員数

70円 × 名 × 加入月数 / 12カ月 = 保険料 円 (10円未満四捨五入、10円単位)

**施設オプションプラン**

IV. 個人情報漏えい損害補償制度

基本保険料	クレジットカード特約の追加保険料
Aタイプ <input type="checkbox"/> 36,000円	<input type="checkbox"/> 6,000円
Bタイプ <input type="checkbox"/> 42,000円	<input type="checkbox"/> 6,000円
Cタイプ <input type="checkbox"/> 48,000円	<input type="checkbox"/> 12,000円
Dタイプ <input type="checkbox"/> 60,000円	<input type="checkbox"/> 12,000円

× 加入月数 / 12カ月 = 保険料 円

V. トルネード・サンダーガード(什器備品損害補償制度)

☆利用者定員数	~50名	23,400円
	51~100名	40,950円
	101~150名	54,600円
	151名~	71,750円

× 加入月数 / 12カ月 = 保険料 円 (10円未満四捨五入、10円単位)

VI. 廃棄物排出者賠償補償制度

1名あたりの年間保険料 ☆利用者定員数

300円 × 名 × 加入月数 / 12カ月 = 保険料 円 (10円未満四捨五入、10円単位)

**職員補償プラン**

VII-1. 業務災害補償制度

いづれか  A型(業務中のみ補償) 1名あたりの年間保険料 890円 × ☆職員数 名 × 加入月数 / 12カ月 = 保険料 円 (10円未満四捨五入、10円単位)  
 B型(業務中及び通勤途を上補償) 1名あたりの年間保険料 1,270円

VII-2. 感染症補償制度(必ず上記の業務災害補償制度A型もしくはB型とセットでご加入ください)

1名あたりの年間保険料 ☆職員数

250円 × 名 × 加入月数 / 12カ月 = 保険料 円 (10円未満四捨五入、10円単位)

VIII. 職員傷害見舞金制度

1名あたりの年間保険料 中途加入の場合、保険料は取扱代理店全老健共済会までお問い合わせください。

職種別A  4,120円 または 天災危険補償特約付き保険料  4,810円 × 口数 ※3口限度 × ☆職員数 名 = 円

職種別B  8,020円 または 天災危険補償特約付き保険料  8,710円 × 口数 ※3口限度 × ☆職員数 名 = 円

合計保険料 円 (10円未満四捨五入、10円単位)

本紙右面の告知書をご記入の上ご提出ください。

合計保険料は申込締切日までに指定口座に着金するようパンフレット綴込みの郵便局払込取扱票が銀行振込みで送金ください。(保険料着金が確認できない場合、補償開始が出来ません)

合計保険料 円

※本加入依頼書ご記入後コピーをとり、お客様控としてお手元に保管してください。

振込予定日 20 年 月 日

2018年

全老健  
正会員番号

介護老人保健施設総合補償制度 告知書

事務  
処理欄

加入  
番号

公益社団法人 全国老人保健施設協会 行

記入日 20 年 月 日

介護老人保健施設総合補償制度にご加入の場合は、加入依頼書提出時にこの告知書を必ずご提出ください。  
(告知書のご提出がない場合は、保険金のお支払いができませんので、ご注意ください)

告知事項記載欄…ご加入の制度について、以下の質問にお答えください。

(介護老人保健施設総合補償制度以外で個別に契約されている保険での受領歴・請求歴がある場合は、詳細をご記入ください。

無い場合は「いいえ」をご選択ください。)

※過去保険金の受領歴・請求歴については、この制度での受領歴・請求歴を除きます。

施設基本プラン	I. 賠償事故補償制度 (施設賠償・生産物賠償・ 受託者賠償・医師賠償)	★ 1.賠償事故補償制度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。(※1)	はい・いいえ	左記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下記にご記入ください。	
		★ 2.賠償事故補償制度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。(※1)	はい・いいえ		
		★ 3.他の同種の保険契約または共済契約がありますか。(※2)	はい・いいえ	左記3.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 ・保険等の種類 ・満期日 ・支払限度額	
施設オプションプラン	II. 利用者傷害見舞金制度 (レジャー・サービス施設 費用保険)	★ 他の同種の保険契約等または共済契約がありますか。(※2)	はい・いいえ	【同種の契約がある場合、記載ください】 ・保険会社 ・保険種目 ・満期日 ・支払限度額	
		III. 見舞客・ボランティア 傷害見舞金制度 (約定履行費用保険)	★ 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。(※2)	はい・いいえ	【同種の契約がある場合、記載ください】 ・保険会社 ・保険種目 ・満期日 ・支払限度額
			IV. 個人情報漏えい 損害補償制度	★ 1.個人情報漏えい損害補償制度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。(※1)	はい・いいえ
★ 2.個人情報漏えい損害補償制度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。(※1)	はい・いいえ				
★ 3.他の同種の保険契約または共済契約がありますか。(※2)	はい・いいえ	左記3.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 ・保険等の種類 ・満期日 ・支払限度額			
施設オプションプラン	V. トルネード・サンダーガード (什器備品損害補償制度) (動産総合保険)	★ 他の同種の保険契約等がありますか	はい・いいえ	【同種の契約等がある場合、記載ください】 ・会社名 ・保険種類 ・満期日 ・保険金額	
		★ 過去3年以内に同種の保険等で保険金・共済金(10万円以上)の請求歴・受領歴がありますか	はい・いいえ	「はい」の場合、その具体的な内容 ・会社名 ・合計額 円 ・回数	
	★ 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			

施設メンテナンス	昨年度の <b>産業廃棄物</b> の排出量をご記入ください <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ☆ 【単位】 トン リットル キロ (○で囲んで下さい)	委託されている処理業者をご記入ください	
		① 収集運搬業者名 [ _____ ]	② 中間処分業者名 [ _____ ]
	③ 最終処分業者名 [ _____ ]		
	昨年度の <b>感染性廃棄物</b> の排出量をご記入ください <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ☆ 【単位】 トン リットル キロ (○で囲んで下さい)	委託されている処理業者をご記入ください	
① 収集運搬業者名 [ _____ ] ② 中間処分業者名 [ _____ ] ③ 最終処分業者名 [ _____ ]			
VI. 廃棄物排出者賠償補償制度 (廃棄物排出事業者用 環境汚染賠償責任保険)	★ 1. 廃棄物排出者賠償補償制度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。(※1)	はい・いいえ	左記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下記にご記入ください。
	★ 2. 廃棄物排出者賠償補償制度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。(※1)	はい・いいえ	
	★ 3. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。(※2)	はい・いいえ	左記3.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 _____ ・保険等の種類 _____ ・満期日 _____ ・支払限度額 _____
VII-1. 業務災害補償制度 (労災総合保険 「法定外補償保険」)	★ 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。(※2)	はい・いいえ	【同種の契約がある場合、記載ください】 ・保険会社 _____ ・保険種目 _____ ・満期日 _____ ・支払限度額 _____
	災害補償規定がありますか。	はい・いいえ	「はい」の場合はその写しをご提出ください。
VII-2. 感染症補償制度 (約定履行費用保険)	★ 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。(※2)	はい・いいえ	【同種の契約がある場合、記載ください】 ・保険会社 _____ ・保険種目 _____ ・満期日 _____ ・支払限度額 _____
VIII. 職員傷害見舞金制度 (総合生活保険(就業中のみの危険補償特約付帯傷害補償))	☆ 職務内容	職種級別A <input type="checkbox"/> 介護従事者 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 職種級別B <input type="checkbox"/> 自動車運転者 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
	★ 他の保険契約等がありますか。(※2)	はい・いいえ	【他の保険契約等がある場合、具体的な内容をご記入ください】 ・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(ご契約金額) _____ 万円

(※1) 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。  
 (※2) 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「はい」に○をし、詳細をご記入ください。

【例1】「I. 賠償事故補償制度」と同種の保険契約とは…  
 施設が行う業務に起因する事故によって被保険者が法律上の損害賠償責任を負った場合に、損害賠償金や各種費用をお支払いする保険契約

【例2】「II. 利用者傷害見舞金制度」と同種の保険契約とは…  
 施設の利用者が万が一ケガを負った場合に見舞金等をお支払いする保険契約

★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。  
 ★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。

「I、IV、VIIIの制度について」

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。

「II、III、VI、VII-1、VII-2の制度について」

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、ご契約の解除によらず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は、ご連絡の有無によらずご契約を解除することがありますのでご注意ください。

「Vの制度について」

ご加入後に加入依頼書等に☆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連絡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。