保険料の送金・本書類とも
10月2日（金）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営業日）

全老健正会員番号*	

＊法人内で正会員施設が複数ある場合、代表的な施設の会員番号をご記入ください。

2026年度

ハラスメント賠償責任保険加入依頼書

公益社団法人 全国老人保健施設協会　行　　加入依頼日：　　年　　月　　日

加入時の確認事項であるパンフレット記載の重要事項等の内容を確認・同意し、個人情報の取扱いに関する説明事項に同意のうえ、下記内容で加入を依頼します。

全老健会員施設名*		＊法人内で正会員施設が複数ある場合、代表的な施設の施設名をご記入ください。	
法人情報	法人名	カナ	**印** **（ご捺印ください）**
	代表者名	カナ 役職　　氏名	
	住所	カナ 〒　　－	
		TEL　　－　　－	FAX　　－　　－
保険担当者	連絡先事業所名	カナ	E-mail
	担当者名	カナ 役職　　氏名	
	連絡先事業所住所	カナ 〒　　－	
		TEL　　－　　－	FAX　　－　　－

加入方式	加入プラン
□ 法人一括加入方式	□ プラン１（1,000万円）　□ プラン２（2,000万円）　□ プラン３（3,000万円）
□ 選択加入方式	□ プラン４（5,000万円）　□ プラン５（１億円）

対象事業所の合計労働者数*（保険料算出基礎）	名

＊法人一括加入方式の場合・・・法人の運営する全事業所の常時使用労働者数の合計をご記入ください。
選択加入方式の場合・・・対象とする事業所の常時使用労働者数の合計をご記入ください。

「選択加入方式」の場合、本紙裏面に対象事業所の名称・所在地・労働者数をご記入ください。
（法人一括加入方式の場合、対象事業所のご記入は不要です。）

加入保険料*	円

＊パンフレットＰ５～６をご確認のうえ、合計労働者数に応じた保険料をご記入ください。

※告知事項	①本制度と同種の補償を受ける他の保険契約がありますか。	保険会社			
		満期日		保険金額	
	②本制度の補償対象となる事故について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実が既に発生している事を知っていますか。 該当する事実がある場合は、右欄に具体的な内容をご記入ください。	内容			

※告知事項に該当するものがない場合はご記入不要です。

保険料振込先	【口座名義】ダンタイホケングチ　コウエキシャダンホウジン　ゼンコクロウジンホケンシセツキョウカイ 三菱ＵＦＪ銀行　新宿通支店（店番０５０）　普通預金口座　３３５３８５３　（振込手数料はお客様にてご負担をお願いいたします）

事務処理欄	着信		ＤＢ入力		着金	□ 個　□ 〒施　（　　円） □ 施　□ 〒居　（　　号） □ 居　／　¥	差額	

ハラスメント賠償責任保険対象事業所一覧

（選択加入方式の場合、下記に対象事業所をご記入ください）

No.	対象事業所の名称	対象事業所の所在地	労働者数
例	介護老人保健施設ＡＢＣＤ	東京都港区芝公園4-1-65	88　名
1			名
2			名
3			名
4			名
5			名
6			名
7			名
8			名
9			名
10			名
11			名
12			名
13			名
14			名
15			名
16			名
17			名
18			名
19			名
20			名

※20超の事業所をご記入いただく場合は本用紙をコピーしてご利用をお願いいたします。