全老健正会員番号	
事務処理欄	加入番号

2026年
居宅介護事業者総合保険加入依頼書 ①

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　20　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「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
Ⅲ-2.職員感染症保険（オプション）に加入する場合、当事業者は契約期間の開始日を発効日とする「感染症補償規程（本制度加入事業者用）」を実施します。

☆ご加入事業所（記名被保険者）

事業所住所	〒　－　　TEL　　FAX カナ 都道府県
事業所名	カナ
代表者	カナ 役職　　氏名 私は「ご加入に際して」を確認し、保険契約者である団体に対して加入を依頼します。　印
正会員老健名	カナ 正会員老人保健施設名
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
- □ 事業所
- □ 施設
- □ 設置法人
- □ 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。 □

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

加入依頼書②

補償開始希望日 20 年 月 日

⬇加入する保険に☑

基本メニュー

□ Ⅰ. 居宅介護支援事業者賠償責任保険

☆Ⓐ 人　介護支援専門員登録者数 ※居宅介護支援事業所の登録介護支援専門員の人数。在宅介護支援センター 地域包括センターの場合は全職員数

1～3名まで 1事業所年間 3,600円 ＋ 4名以上の場合 1名増につき年間 ｛600円 × ☆Ⓐ（ 人－ 3 名）｝ × 加入月数 カ月 / 12カ月 ＝ 保険料 0 円

（10円未満四捨五入、10円単位）

□ Ⅱ. 居宅サービス事業者賠償責任保険

☆サービス事業内容（該当する居宅サービスにチェック。介護予防を行っている場合は介護予防欄にもチェックを入れてください）

居宅サービス	介護予防	居宅サービス	介護予防	居宅サービス	介護予防
□	□ 訪問介護	□	□ 福祉用具貸与	□	□ 認知症対応型共同生活介護
□	□ 訪問入浴介護	□	□ 福祉用具販売	□	地域密着型特定施設入居者生活介護
□	□ 通所介護	□	夜間対応型訪問介護	□	□ その他
□	□ 短期入所生活介護	□	□ 認知症対応型通所介護		（　　）
□	□ 特定施設入居者生活介護	□	□ 小規模多機能型居宅介護		

売上高1万円あたりの基本保険料 5.5円 × ☆直近会計年度の総売上高 □新規開業で前年売上高がない場合チェック 万円 × 加入月数 カ月 / 12カ月 ＝ 保険料 0 円

※保険期間に関わらず、最低保険料は1,000円となります。

（10円未満四捨五入、10円単位）

オプションメニュー

□ Ⅲ-1. 職員労災保険

1名あたりの年間保険料
□A型（業務上のみ補償） 890円
または
□B型（業務上及び通勤途上を補償） 1,270円
→ × ☆職員数 名 × 加入月数 カ月 / 12カ月 ＝ 保険料 0 円

（10円未満四捨五入、10円単位）

□ Ⅲ-2. 職員感染症保険（オプション　必ず上記の職員労災保険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 250円 × ☆職員数 名 × 加入月数 カ月 / 12カ月 ＝ 保険料 0 円

（10円未満四捨五入、10円単位）

□ Ⅳ. 職員傷害保険

1名1口あたりの年間保険料
□ 2,640円
または
天災危険補償特約付き保険料
□ 3,090円
→ × 口数 ※6口限度 口 × ☆職員数 名 ＝ 保険料 0 円

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。

（10円未満四捨五入、10円単位）

□ Ⅴ. 利用者傷害見舞金保険

☆サービス事業内容（該当する居宅サービスにチェック。介護予防を行っている場合は介護予防欄にもチェックを入れてください）

居宅サービス	介護予防	居宅サービス	介護予防	居宅サービス	介護予防
□	□ 通所介護	□	□ 認知症対応型通所介護	□	地域密着型特定施設入居者生活介護
□	□ 短期入所生活介護	□	□ 小規模多機能型居宅介護	□	□ その他
□	□ 特定施設入居者生活介護	□	□ 認知症対応型共同生活介護		（　　）

1,800円 × 口数 ※2口限度 口 × ☆利用者定員数 名 × 加入月数 カ月 / 12カ月 ＝ 保険料 0 円

（10円未満四捨五入、10円単位）

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郵便局払込取扱票か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

本紙右面の告知書をご記入の上ご提出ください。

※本加入依頼書を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

全老健 正会員番号	
事務処理欄	加入番号

2026年
居宅介護事業者総合保険 告知書

公益社団法人　全国老人保健施設協会　行

記入日 20　年　月　日

居宅介護事業者総合保険にご加入の場合は、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ないことがありますので、ご注意ください）

告知事項記載欄…ご加入の保険について、以下の質問にお答えください。

（居宅介護事業者総合保険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。

Ⅰ. 居宅介護支援事業者賠償責任保険 Ⅱ. 居宅サービス事業者賠償責任保険	★1. 居宅介護支援事業者賠償責任保険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. 居宅サービス事業者賠償責任保険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
Ⅲ-1. 職員労災保険（労働災害総合保険〔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、ご記入ください。 ・会社名 ・保険等の種類 ・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」の場合は写しをご提出ください。

Ⅲ−2. 職員感染症保険 （約定履行保険）	★ 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、ご記入ください。 ・会社名 ・保険等の種類 ・満期日 ・支払限度額
Ⅳ. 職員傷害保険 （総合生活保険（就業中のみの危険補償特約付付帯傷害補償））	★ 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
Ⅴ. 利用者傷害見舞金保険 （レジャー・サービス施設費用保険）	★ 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、ご記入ください。 ・会社名 ・保険等の種類 ・満期日 ・支払限度額

（※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。他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。

【例1】「Ⅱ. 居宅サービス事業者賠償責任保険」と同種の保険契約等とは…
被保険者である事業者の業務遂行に伴い発生した事故に起因して、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、共済契約をいいます。
【例2】「Ⅴ. 利用者傷害見舞金保険」と同種の保険契約等とは…
通所・入所型居宅サービスの利用者が万一ケガを負った場合に見舞金等をお支払いする保険契約、共済契約をいいます。

★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、Ⅱ、Ⅳの保険について』
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。

『Ⅲ-1、Ⅲ-2、Ⅴの保険について』
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。