

公益社団法人全国有料老人ホーム協会  
 有料老人ホーム賠償責任保険制度 加入依頼書(平成30年度)

公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 御中

(注1)ご加入の際には、必ず事前に裏面の「ご加入にあたっての注意・確認事項」をご確認ください。  
 (注2)事業所単位でのご加入となります。事業所毎にこの加入依頼書をご提出ください。  
 (注3)協会に登録されていない事業所のみでのご加入はできませんのでご注意ください。協会に登録されている有料老人ホームまたはサービス付き高齢者向け住宅とあわせて本制度にご加入ください。

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、貴協会の保険制度に下記内容で申込みます。

< 申込日: 年 月 日 >

加入対象者	法人住所	フリガナ 〒 - (TEL: - -)
	法人名称	フリガナ 印 必ずご捺印ください。
	事業所所在地	フリガナ 〒 - (TEL: - -)
	事業所名称	フリガナ
	事業の種類	※該当する事業にチェックしてください。 ※1つの事業所で複数の事業を行っている場合は、全ての事業にチェックをしてください。 <標準年間保険料Ⅰ> <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <標準年間保険料Ⅱ> <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護保険給付対象外サービス

【定員数の合計】  
名

【年間売上高の合計】  
万円  
※年間売上高には消費税を含み、千円以下を切り捨てます。

**【基本契約】賠償責任保険**

<標準年間保険料Ⅰ>

見舞金ありコース:  A型  B型  C型  
 見舞金なしコース:  A型  B型  C型

<標準年間保険料Ⅱ>

見舞金ありコース:  A型  B型  C型  
 見舞金なしコース:  A型  B型  C型

年間保険料①  
円

+

年間保険料②  
円

=

年間保険料①+②  
円 **A**

**【オプション】看護職賠償責任保険**       加入する     加入しない

年間保険料  
円 **B**

**【オプション】役職員傷害保険**       加入する     加入しない

ご加入の型  
 A型  B型  
 C型  D型

全役員・従業員数  
(パートの方を含みます。)  
名

1名あたりの年間保険料  
円

×

☆最高稼働人数  
名

=

年間保険料  
円 **C**

**【オプション】個人情報漏えい保険**       加入する     加入しない

ご加入の型  
 A型  B型  C型

年間保険料  
円 **D**

**合計保険料**

**A + B + C + D**

円

# 《請求書について》 保険料請求書が必要な場合は、「要 請求書」に☑を入れ、送付先の指定と担当者名を必ずご記入ください。

要 請求書	請求書送付先(いずれかに☑してください。)	送付先担当者名(部署名がある場合はご記入ください。)	備考
<input type="checkbox"/>	法人住所 <input type="checkbox"/> 事業所所在地 <input type="checkbox"/>		

## ご加入にあたっての注意・確認事項

〔ご注意ください〕

保険料算出の基礎となる施設の定員数および年間売上高(※)は正しくご申告ください。正しいご申告をいただかないと保険金をお支払いできない場合があります。

(※)年間売上高には消費税を含み、千円以下を切り捨てます。

〔ご加入前に必ずご確認ください〕

■【オプション】役員傷害保険に関し最高稼働人数(☆印の事項)は、ご加入にあたってお申し出いただく重要な事項(告知事項)です。さらに最高稼働人数(☆印の事項)は、内容の変更が生じた場合に、遅滞なくご連絡をいただく必要のある「通知事項」です。最高稼働人数(☆印の事項)以外の項目を変更される場合は、変更日までにご連絡ください。

■賠償責任保険、【オプション】看護職賠償責任保険、【オプション】個人情報漏えい保険の補償に関しましては加入依頼書記載事項全般が告知事項です。



## 同種の補償を受けられる他の保険契約について

【基本契約】賠償責任保険、【オプション】看護職賠償責任保険、【オプション】個人情報漏えい保険にご加入いただく方は、同種の補償を受けられる他の保険契約を締結されている場合、ご記入ください。

同種の補償を受けられる他の保険契約の有無		有の場合はその内容をご記入ください。	
賠償責任保険	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	保険会社	
		保険種類	
		満期日	
		保険金額	
看護職賠償責任保険	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	保険会社	
		保険種類	
		満期日	
		保険金額	
個人情報漏えい保険	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	保険会社	
		保険種類	
		満期日	
		保険金額	

## 告知事項

【オプション】役員傷害保険にご加入いただく方は、(1)、(2)の質問事項についてご記入ください。「はい」または「いいえ」のいずれかに○印をつけ、「はい」の場合にはその内容をご記入ください。

(1) 役員・従業員(パートの方を含みます。)が、ケガに対する保険金を受領または請求されるような事故が過去1年間にありましたか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	はいの場合 	過去1年間の左記事故の合計回数( )回
(2) 役員・従業員(パートの方を含みます。)について、ケガの補償を行う他の保険契約などがありますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	はいの場合 	死亡・後遺障害保険金額の合計額( )円
			入院保険金日額の合計額( )円
			通院保険金日額の合計額( )円