

加入申込日 令和 年 月 日

『障害者施設総合補償制度』加入申込票（令和2年度用）

公益財団法人日本知的障害者福祉協会 御中

重要事項のご説明および加入内容確認事項について確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

<保険期間>

<中途加入の契約期間>

令和2年4月1日午後4時～令和3年4月1日午後4時	令和 年 月 日 午後4時～令和3年4月1日午後4時
申込締切日（預金口座振替依頼書・本書共）（ご希望のお支払い方法にチェックしてください。）	
① <input type="checkbox"/> 口座振替の締切日：3月6日引落とし希望の場合 1月31日必着 ② <input type="checkbox"/> : 4月6日引落とし希望の場合 2月28日必着 ③ <input type="checkbox"/> 口座振替以外（銀行振込）の締切日 : 3月19日必着 払込期日：4月20日 ④ <input type="checkbox"/> (ゆうちょ払込票)の締切日：3月19日必着 払込期日：4月20日 支払い予定日 令和2年 月 日	加入者証の送付先 <input type="checkbox"/> 申込人宛 <input type="checkbox"/> 被保険者宛

(注) 必ずフリガナをご記入ください。

申込 人	申込人コード <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話 () -	保険料確定特約ご確認欄 保険料確定特約の内容および注意事項を承認のうえ、保険料確定精算を省略することに同意します。 個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。
	郵便番号 <input type="text"/>	FAX () -	
	フリガナ	フリガナ	
	住所	ご担当者名	
	フリガナ		
法人名			
代表者名			
被 保 険 者	申込人コード <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話 () -	
	郵便番号 <input type="text"/>	FAX () -	
	フリガナ	フリガナ	
	住所 ○申込人に同じ	ご担当者名	
	フリガナ		
施設名 ○申込人に同じ			
フリガナ			
施設長名 ○申込人に同じ			

定員内訳		定員内訳※					
障害児系サービス	小計 ①	日中活動系サービス	小計 ②	居住系サービス	小計 ③	④ (③のうち②の利用者数)	⑤ (③-④)
障害児通所支援	名	療養介護	H 名	施設入所支援	P 名	()名	名
児童発達支援センター A	()名	生活介護	I 名	自立訓練(宿泊型) Q	名	()名	名
児童発達支援 B	()名	自立訓練	J 名	共同生活援助 R	名	()名	名
放課後等デイサービス C	()名	就労移行支援 K	名	福祉ホーム S	名	()名	名
保育所等訪問支援 D	()名	就労継続支援A型 L	名	短期入所 小計 T	⑥	名	名
障害児入所施設 E	名	就労継続支援B型 M	名				
地域生活支援事業 小計 ⑨	名	相談支援事業 小計 N	⑩	定員のない施設・事業所は事業の売上高をご申告ください。 ・障害者就業・生活支援センター・移動支援 ・居宅介護等の訪問事業 ・就労定着支援・自立生活援助 () 万円			
地域活動支援センター F	名	その他	O ⑪				
日中一時支援 G	名	()	名				

※告知事項	他の同種の保険契約	保険会社名	過去1年間で施設・事業所内で事故は発生しましたか？	過去に同種の保険の引受を拒否されたことはありますか？
	<input type="checkbox"/> (無) <input type="checkbox"/> (有)	証券番号		
	保険金額(限度額)	千円	<input type="checkbox"/> (無) <input type="checkbox"/> (有) ⇨ 件	<input type="checkbox"/> (無) <input type="checkbox"/> (有)

※印の項目については、ご加入時に事実を正確にお申し出いただく義務(告知義務)があります。故意や重大な過失により、お申し出ただかなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なっている場合には、ご契約が解除されたり、保険金をお支払いできないことがあります。ご加入に際して、今一度お確かめください。(※必ず告知してください。)

<加入プラン>

『障害者施設総合補償制度』基本補償パターン 1型 2型 3型 4型 5型 6型

保険料割引 (RM資格取得等) ▲ 円

基本補償の追加補償 (訪問事業賠償責任補償)
 年間売上高 () 万円 ※小数点以下は切捨ててください。 円

4型～6型オプション (就労支援実習用) 対物見舞費用等補償 (就労支援実習用) 加害者賠償責任補償 円

相談支援事業 () ケ所 円

追加被保険者 (指定管理者用) 円

被保険者間交差責任補償 (指定管理者用) 円

加入するオプション補償のにチェックをしてください。またそれぞれの加入コースのにもチェックしてください。

I-1 使用者賠償責任補償特約 賃金総額 () 百万円 5,000万円 1億円 3億円 円

I-2 借用自動車危険補償特約 役職員数 () 名 円

I-3 借用不動産補償特約 面積 () m² 耐火 非耐火 支払限度額 () 万円 建物または戸室名称 () 円

I-4 受託物賠償責任補償特約 支払限度額 500万円 1,000万円 2,000万円 円

I-5 情報漏えい賠償責任補償特約 定員数 () 名 A B C D E F (法人として保有するすべての施設・事業所の定員数の合計) 円

I-6 身元信用特約 被保証人数(職員) () 名 円

I-7 財産補償特約 耐火 非耐火 支払限度額 500万円 1,000万円 2,000万円 持出財産補償 円

I-8 施設追加補償特約 あり なし 円

I-9 雇用慣行賠償責任補償特約 職員数 () 名 1,000万円 2,000万円 3,000万円 円

I-10 緊急費用補償特約 あり なし 円

I-11 製造業者危険補償特約 保険の対象とする製品 ()、直近会計年度の年間売上高 () 万円 円

II-1 施設利用者傷害見舞金補償特約 居住系 定員数 () 名 A B C D 日中系 定員数 () 名 円

II-2 自動車搭乗中傷害補償特約 定員数 () 名 台数 () 台 A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 B1 B2 B3 B4 B5 B6 B7 C1 C2 C3 C4 円

II-3 業務中傷害補償特約 延活動人数 () 名 対象者人数 () 名 A B C D A2 B2 C2 D2 役員 施設・事業所職員 登録ボランティア 企業実習生 ジョブコーチ その他 () 円

III-1 感染症見舞金補償費用補償特約 役職員等数 () 名 円

III-2 等級ダウン補償費用補償特約 役職員等数 () 名 円

III-3 等級ダウン補償費用補償特約 役職員等数 () 名 円

III-4 役職員等の私有物補償費用補償特約 役職員等数 () 名 円

合計保険料 円