2025年度用 (公財) 介護労働安定センター御中

切:補償開始月前月末日必着(休日の場合は、その前日)

(書類提出先:(株)全福サービス) FAX番号:03-3258-8878

引受保険会社 東京海上日動火災保険株式会社

加入依頼日	年	月	Е

(公財)介護労働安定センター傷害補償(介護事業者用)制度 加入依頼書 (感染症見舞金制度 加入依頼書)

【チェ	ッ	ク	✓	欄】
-----	---	---	---	----

< ご加入に際して >

■ 当事業者がパンフレット記載の加入対象事業者であることを確認しました。	私と依保映る主員は、以下の事項について確認・同意のつえ、加入を依頼します。 ①当事業者がパンフレット記載の加入対象事業者であること ②重要事項説明書の内
	③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容

		<u></u> ↓ ;	該当す		要事項説明書添付の「個人	情報の取扱い」の内容		
ħΓ	入確認	-		50円:傷害補償(介護事業者用)制度に加入	コード番号			
,,i	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		@ 1,90	00円:傷害補償(介護事業者用)制度と感染症見舞金制度に加入				
	(☆)			フリガナ				
				法人名			1	
加	加 (フ リ ガ カ 入 法人・事業所		/)	フリガナ			私は、「ご加入に際して」 を確認し、保険契約者で	
入							ある企業・団体に対して 加入を依頼します。	
法	代 表	者	名	事業所名			(FI)	
人				フリガ ナ			(-17)	
<u>т</u>	<u> </u>			代表者名				
事業				<u> </u>				
未所	法人又は	事業所所	在地			ΕΛΥ		
''		<u>и</u>		TEL TEL		FAX		
	送 付 ※上記住所と異な							
	// C /(/	CDU//						
Г				要なお知らせ〉 被保険者名簿の記入・提出は、加入事業者様で常時備え				
				·働安定センターあるいは引受保険会社、取扱代理店より提出を求める場合 :いますようお願い致します。	合かございますので、	必ず常時ご提出いたた	こける状態で備え付けく	
				険の対象とする方の範囲に○をご記入ください。	海粉司			
			木	映の対象とする方の軛囲にOをご記入くたさい 【 】役員・事業主	。			
	被保険	:者		↓ 】仅貝・尹未土 (以下雇用された介護職員のうち)				
	算出の基			(以下雇用された)	ての従業員			
	_{昇山の} 。 となる <i>)</i>			【 】正社員・ハード・アルハイドを含むすべ 【 】正社員のみ	こった木具			
	<u>_</u> ゆる,	人文文人						
			被	保険者数(☆1)(役員・事業主 名 + 暗	_{战員} 2	公) = 合計	名	
			"		····			
				近 4月~ 3月各月の平均人数」を基にご加入ください。	. 1 +-			
_			1	3月の人数が未定の場合は、「直近4月~2月各月の平均人数」と	します。			
				3~8月末加入保険料				
	保険		傷	傷害補償のみ 1,750円				
	単価及び険者の増		傷害					
	陝省の『 該当する				7 / 4"	_ 		
	等を選ん	んでO		途加入 ※月数は、お支払の翌月から8月までの月数をご記	人ください。 			
	をお付け さい。	ナくだ	傷	書補償のみ 350円 × × ×		_		
1	CVIO		傷害	書補償 + 感染症見舞金 (380円) ^ 名 ×	L ヶ月	_	円	
_								
	2)	,,,	1	. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。ある場合には	t○をl, 車			
傷害	書補償制度 知 欄	(あり))	. 他の向権の保険美術なたは共海美術がありますが。める場合には 面*に詳細をご記入ください。			!	
恐 ^須	感染症補償見舞金制度加入の場合のみ下記にご記入ください							
		(あり)	1	. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。ある場合には 面*に詳細をご記入ください。	⋾⊖をし、裏│┆		!	
					- 5 年N中に			
		(i £t))		. 本契約の対象となる約定について、それを履行すべき事由が過ま 発生したことがありますか(過去に当会社と締結した保険契約の申				
(+	3)	(10.01)		いて、すでに告知いただいたものを除きます)。			受付	
	染症		3	. 本契約の対象となる約定について、それを履行すべき事由の原因	がすでに発			
	舞金制度	(はい)) ;	生していることを知っていますか(過去に当会社と締結した保険契				
告	知欄	<u> </u>		において、すでに告知いただいたものを除きます)。				
		4. 上書	己2、	3のいずれかが「はい」の場合は、共済金支払の内容およびその原			ĺ	

実について、具体的に記入してください。

★他の保険契約等*

具体的な内容をご記入ください。

(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の一部または全部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

〈傷害補償制度〉

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)

〈感染症見舞金制度(約定履行費用保険)〉

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)

〈傷害補償制度について〉

(★2)または(☆1)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。また、(☆)が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊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がありますので、ご注意ください。

〈感染症見舞金制度(約定履行費用保険)について〉

(★3)または(☆1)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。ご加入時に告知事項について正確にお答えいただく義務があります。お答えいただいた内容が事実と異なる場合や告知事項について事実を記載しない場合は、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。*代理店には、告知受領権があります。

ご加入後に(☆)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、すみやかにご加入の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、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ご契約を解除することがあります。