

**福祉事業者総合補償制度**  
**「まごころワイド」加入申込票 兼 明細書** 申込日 20 年 月 日

【ご注意】加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。施設所有(管理)者賠償責任保険、生産物賠償責任保険、受託者賠償責任保険、医師賠償責任保険、請負業者賠償責任保険、約定履行費用保険、レジャー・サービス施設費用保険において、※印の項目は危険に関する重要な事項です。ご回答内容が事実と相違する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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。普通傷害保険において、※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

●明細のみに使用する場合はこちらの欄の記入は省略可能です

申込人	フリガナ				印	<small>保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。また、普通傷害保険の「ご加入内容確認事項」について確認しました。</small>	
	法人名/団体名						
	代表者	役職	氏名				
	事務担当者	役職	氏名				
	住所(加入証の送付先)	〒	様方				
	TEL		FAX				
E-mail				<small>●ご記入いただいた連絡先に保険に関するご案内、情報提供などをさせていただきます場合があります。</small>			

加入事業所	申込区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 追加	登録番号	必ずご記入ください。
	フリガナ			
	事業所名			
	事業名			
保険対象施設住所	〒			

保険期間 20 年 月 日 ~ 2024年 4月 1日

下記項目につきましては、ご参考までにお聞かせください。よろしくお願致します

- 事業で使用している施設または事務所の形態  
 所有  賃貸  指定管理  その他 ( )
- 事業所で所有されている自動車の台数 ( 台)
- 事業所の従業員の人数 ( 名)  
 (常勤 名・非常勤 名) / ボランティア ( 名)
- 新規に開設する予定の事業がある  
 はい ( 月頃 事業)  いいえ

**引受保険会社**  
**三井住友海上火災保険株式会社**  
**取扱代理店 株式会社エスアールエム**  
 〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町 227 第 12 長谷ビル 6F-A  
 TEL:075-255-0883 / FAX:075-255-0882  
**社会福祉法人 京都府社会福祉協議会**  
 〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町 375 ハートピア京都 5F  
 TEL:075-252-6294 / FAX:075-252-6310  
**社会福祉法人 京都市社会福祉協議会**  
 〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町 83-1 「ひと・まち交流館京都」3F  
 TEL:075-354-8735 / FAX:075-354-8738

ここに振替払込受付証明書(お客さま用)、またはお支払いの控えを貼付してください。貼付できない場合は下記にご記入ください。

他の申込票に貼付しているため  
 郵便振替を利用しないため

払込予定 月 日

払込金額 円  
 (合算で払込される場合は合算の金額)

加入月係数表	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	12/12	11/12	10/12	9/12	8/12	7/12	6/12	5/12	4/12	3/12	2/12	1/12

①エスアールエム提出用

**▼賠償責任補償制度** 10円未満を四捨五入

プラン	専有延床面積 1㎡未満切捨て	料率	加入月係数	保険料
PLAN I-A	通所型施設	専有延床面積 ㎡ × 92円	× /12	0円
	入所型施設	専有延床面積 ㎡ × 65円	× /12	0円
PLAN I-Aオプション①	医療行為賠償責任補償制度	対象施設数 施設 ×	加入月保険料 円	保険料 0円
	年間請負金額 千円 ×	1.52円	× /12	0円
PLAN I-Aオプション②	緊急対応費用補償制度	PLAN I-A保険料 円 ×	0.1円	× /12 0円
	派遣型福祉サービス事業者	1日の平均利用者数 × 事業者の年間活動日数 日	× 11円	保険料 0円
PLAN I-C	配食サービス事業	1日の平均配食数 × 事業者の年間活動日数 日	× 3円	保険料 0円
		年間売上高 千円 ×	2.25円	× /12 0円

感染症補償制度はオプション②またはオプション③のどちらかにご加入ください。重複しての申込はできません。

**▼傷害見舞金補償制度** 10円未満を四捨五入

PLAN II-A	事業区分	専有延床面積 1㎡未満切捨て	料率	加入月係数	保険料
活動従事者	福祉施設(通所型)	専有延床面積 ㎡ ×	48円	× /12	0円
	派遣型事業	1日の平均活動従事者数 × 事業者の年間活動日数 日	× 24円	× /12	0円
PLAN II-Aオプション①	傷害見舞金上乗せ補償制度	対象者数(役職員数) 人 ×	1,200円	× /12	0円
		対象者数(役職員数) 人 ×	456円	× /12	0円
PLAN II-Aオプション②	感染症補償制度	対象者数(役職員数) 人 ×	3,526円	× /12	0円
		対象者数(役職員数) 人 ×	3,526円	× /12	0円
PLAN II-B	事業区分	登録利用者数 人 ×	240円	× /12	0円
	登録利用者	入所型施設 人 ×	720円	× /12	0円
PLAN II-C	施設来館者	敷地内建物の延床面積 ~1,000㎡		加入月保険料 円	*加入月保険料がそのまま保険料となります
		1,001㎡~2,000㎡		円	
PLAN II-D	車両搭乗中	車両登録番号 必ずご記入ください	車両の法定乗車定員数 人 ×	1人あたりの加入月保険料 円	1台あたりの保険料 円
			人 ×	円	円
			人 ×	円	円
			人 ×	円	円

合計保険料 円

<※他の保険契約等・保険金請求歴> この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(「あり」のときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

保険会社	保険種類	保険金額・支払限度額	過去3年間における事故 あり → 「あり」の場合 回
------	------	------------	-------------------------------

**「中途加入の場合の加入月係数 & 加入月保険料 早見表」が2枚目(お客様控え)にあります**

受付日 20 年 月 日 受付社協 (担当者 社会福祉協議会)

福祉事業者総合補償制度  
**「まごころワイド」加入申込票 兼 明細書** 申込日 20 年 月 日

【ご注意】加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。施設所有(管理)者賠償責任保険、生産物賠償責任保険、受託者賠償責任保険、医師賠償責任保険、請負業者賠償責任保険、約定履行費用保険、レジャー・サービス施設費用保険において、※印の項目は危険に関する重要な事項です。ご回答内容が事実と相違する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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。普通傷害保険において、※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

●明細のみに使用する場合はこちらの欄の記入は省略可能です

申込人	フリガナ				印 <small>保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。また、普通傷害保険の「ご加入内容確認事項」について確認しました。</small>
	法人名/団体名				
	代表者	役職	氏名		
	事務担当者	役職	氏名		
	住所(加入証の送付先)	〒	様方		
	TEL		FAX		
E-mail				●ご記入いただいた連絡先に保険に関するご案内、情報提供などをさせていただきます場合があります。	

加入事業所	申込区分 <small>チェック✓してください</small>	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 追加	登録番号	<small>必ずご記入ください。</small>
	フリガナ			
	事業所名			
	事業名			
保険対象施設住所		〒		

保険期間 20 年 月 日 ~ 2024年 4月 1日

**中途加入の場合の加入月係数 & 加入月保険料 早見表**

----- お客様控え裏面の記載の記入例をご参照ください -----

PLAN I-A	PLAN II-A	PLAN II-B	加入月係数表	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
				12/12	11/12	10/12	9/12	8/12	7/12	6/12	5/12	4/12	3/12	2/12	1/12

PLAN II-C	加入月保険料 *加入月保険料がそのまま保険料となります (保険料単位:円)														
	加入月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	3/17~	3/25~
	~1000㎡	4,100	3,900	3,690	3,490	3,280	3,080	2,870	2,670	2,260	1,850	1,440	1,030	620	410
	1001㎡~2000㎡	8,100	7,700	7,290	6,890	6,480	6,080	5,670	5,270	4,460	3,650	2,840	2,030	1,220	810

PLAN II-D	加入月保険料 (保険料単位:円)														
	加入月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
	法定乗車定員1人あたり	1,000	916	833	749	666	584	500	417	333	250	167	84		

取扱代理店 株式会社エスアールエム	〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町 227 第 12 長谷ビル 6F-A TEL:075-255-0883 / FAX:075-255-0882	引受保険会社	三井住友海上火災保険株式会社
社会福祉法人 京都府社会福祉協議会	〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町 375 ハートピア京都 5F TEL:075-252-6294 / FAX:075-252-6310	社会福祉法人 京都市社会福祉協議会	〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町 83-1「ひと・まち交流館京都」3F TEL:075-354-8735 / FAX:075-354-8738

②お客様控え

▼賠償責任補償制度 10円未満を四捨五入

プラン	専有延床面積 1㎡未満切捨て	料率	加入月係数	保険料
PLAN I-A	通所型施設	専有延床面積	㎡ × 92円 × /12	0円
	入所型施設	専有延床面積	㎡ × 65円 × /12	0円
PLAN I-Aオプション①	医療行為賠償責任補償制度	対象施設数	施設 ×	加入月保険料 円 0円
	年間請負金額	千円 ×	1.52円 × /12	0円
PLAN I-Aオプション②	緊急対応費用補償制度	PLAN I-A保険料	円 ×	0.1円 × /12 0円
	派遣型福祉サービス事業者	1日の平均利用者数	事業者の年間活動日数	× 11円 0円
PLAN I-B	配食サービス事業	1日の平均配食数	事業者の年間活動日数	× 3円 0円
		年間売上高	千円 ×	2.25円 × /12 0円
PLAN I-C	福祉用具の販売・レンタル業	年間売上高	千円 ×	2.25円 × /12 0円

感染症補償制度はオプション②またはオプション③のどちらかにご加入ください。重複しての申込はできません。

▼傷害見舞金補償制度 10円未満を四捨五入

PLAN II-A	事業区分	専有延床面積 1㎡未満切捨て	料率	加入月係数	保険料
活動従事者	福祉施設(通所型)	専有延床面積	㎡ × 48円 × /12	0円	
	事業区分	1日の平均活動従事者数	事業者の年間活動日数	料率 × 24円 0円	
PLAN II-Aオプション①	派遣型事業	傷害見舞金	対象者数(役職員数)	料率 × 1,200円 × /12	0円
		乗せ補償制度	人 ×	0円	
PLAN II-Aオプション②	感染症補償制度	対象者数(役職員数)	料率 × 456円 × /12	0円	
		人 ×	0円		
PLAN II-Aオプション③	感染症補償制度 [新型コロナウイルス補償プラン②-1]	対象者数(役職員数)	料率 × 3,526円 × /12	0円	
		人 ×	0円		
PLAN II-B	登録利用者	事業区分	登録利用者数	料率 × 240円 × /12	0円
	登録利用者	通所型施設/派遣型事業	人 ×	720円 × /12 0円	

PLAN II-C	施設来館者	敷地内建物の延床面積	加入月保険料 *加入月保険料がそのまま保険料となります
		~1,000㎡	円
		1,001㎡~2,000㎡	円

PLAN II-D	車両登録番号	必ずご記入ください	車両の法定乗車定員数	1人あたりの加入月保険料	1台あたりの保険料
			人 ×	円	円
			人 ×	円	円
			人 ×	円	円

合計保険料 円

<※他の保険契約等・保険金請求歴> この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(「あり」のときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

保険会社	保険種類	保険金額・支払限度額	過去3年間における事故 あり → 「あり」の場合 回
------	------	------------	-------------------------------

2枚目はお客様控えです。1枚目(黄色)のみご郵送ください。

受付日 20 年 月 日 受付社協 (担当者 社会福祉協議会)

# 加入申込票記入例

この参考例は一年間加入の場合です

福祉事業者総合補償制度		「まごころワイド」加入申込票 兼 明細書		申込日	2023年 3月 1日								
<p>【ご注意】 加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。施設所有(管理)者賠償責任保険、生産物賠償責任保険、受託者賠償責任保険、医師賠償責任保険、請負業者賠償責任保険、約定履行費用保険、レジャー・サービス施設費用保険において、※印の項目は危険に関する重要な事項です。ご回答内容が事実と相違する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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。普通傷害保険において、※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった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ので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。</p>													
<p>● 明細のみに使用する場合はこちらの欄の記入は省略可能です</p>	フリガナ	シャカイフクシハウジン エスアールエムカイ				<p>保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るともに、申込内容が趣向に沿ったものであることを確認し、個人情報取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。また、普通傷害保険の「ご加入内容確認事項」について確認しました。</p>							
	法人名/団体名	社会福祉法人 えすあーるえむ会											
	代表者	役職	理事	氏名		江須有 太郎							
	事務担当者	役職	主事	氏名		真心 花子							
	住所(加入証の送付先)	〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町 227				様方							
	TEL	075-255-0881		FAX		075-255-0882							
E-mail	<p>●ご記入いただいた連絡先に保険に関するご案内、情報提供などをさせていただきます場合があります。</p>												
加入事業所	申込区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 追加		登録番号	必ずご記入ください。 △△△△								
	フリガナ	マゴコロワイド デイサービスセンター											
	事業所名	まごころワイド デイサービスセンター											
	事業名	通所介護											
保険対象施設住所	〒												
保険期間		2023年 4月 1日 ~ 2024年 4月 1日											
<p>下記項目につきましては、ご参考までにお聞かせください。よろしくご願致します</p>													
<p>■ 事業で使用している施設または事務所の形態  <input checked="" type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 指定管理 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>■ 事業所で所有されている自動車の台数 ( 3 台)</p> <p>■ 事業所の従業員の人数 ( 10 名)                  (常勤 5 名・非常勤 5 名) / ボランティア ( 3 名)</p> <p>■ 新規に開設する予定の事業がある  <input checked="" type="checkbox"/> はい ( 7 月頃 デイサービス 事業) <input type="checkbox"/> いいえ</p>													
<p>ここに振替払込受付証明書 (お客さま用)、またはお支払いの控えを貼付してください。貼付できない場合は下記にご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 他の申込票に貼付しているため  <input type="checkbox"/> 郵便振替を利用しないため</p> <p>払込予定 月 日</p> <p>払込金額 円                  (合算で払込される場合は合算の金額)</p>													
<p>引受保険会社 三井住友海上火災保険株式会社</p> <p>取扱代理店 株式会社エスアールエム 〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町 227 第12長谷ビル6F-A TEL:075-255-0883 / FAX:075-255-0882</p> <p>社会福祉法人 京都府社会福祉協議会 〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町 375 ハートピア京都 5F TEL:075-252-6294 / FAX:075-252-6310</p> <p>社会福祉法人 京都市社会福祉協議会 〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上の梅湊町 83-1 「ひと・まち交流館京都」3F TEL:075-354-8735 / FAX:075-354-8738</p>													
加入月係数表		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
		12/12	11/12	10/12	9/12	8/12	7/12	6/12	5/12	4/12	3/12	2/12	1/12

①エスアールエム提出用

▼賠償責任補償制度		10円未満を四捨五入				
プラン	専用延床面積 1㎡未満切捨て	料率	加入月係数	保険料		
PLAN I-A	通所型施設	専用延床面積 320㎡	× 92円	× 12/12	29,440円	
	入所型施設	専用延床面積 ㎡	× 65円	× /12	0円	
PLAN I-Aオプション①	医療行為賠償責任補償制度	対象施設数 施設	×	加入月保険料 円	0円	
	請負賠償責任補償制度	年間請負金額 千円	×	1.52円	加入月係数 × /12	0円
PLAN I-Aオプション③	緊急対応費用補償制度	PLAN I-A保険料 円	×	0.1円	加入月係数 × /12	0円
	PLAN I-B	派遣型福祉サービス事業者	1日の平均利用者数	事業者の年間活動日数 日	×	11円
1日の平均配食数 食			事業者の年間活動日数 日	×	3円	保険料 0円
PLAN I-C	配食サービス事業	年間売上高 千円	×	2.25円	加入月係数 × /12	0円

感染症補償制度はオプション②またはオプション③のどちらかにご加入ください。重複しての申込はできません。

▼傷害見舞金補償制度		10円未満を四捨五入				
プラン	事業区分	専用延床面積 1㎡未満切捨て	料率	加入月係数	保険料	
PLAN II-A	福祉施設(通所型)	専用延床面積 320㎡	× 48円	× 12/12	15,360円	
	派遣型事業	1日の平均活動従事者数 人	×	24円	0円	
PLAN II-Aオプション①	傷害見舞金上乗せ補償制度	対象者数(役員員数) 10人	×	1,200円	加入月係数 × 12/12	12,000円
		対象者数(役員員数) 10人	×	456円	加入月係数 × 12/12	4,560円
PLAN II-Aオプション③	感染症補償制度 [新型コロナウイルス補償プラン②-1]	対象者数(役員員数) 人	×	3,526円	加入月係数 × /12	0円

PLAN II-B	事業区分	登録利用者数	料率	加入月係数	保険料
登録利用者	通所型施設/派遣型事業	60人	×	240円	× 12/12 14,400円
	入所型施設	人	×	720円	× /12 0円

PLAN II-C	敷地内建物の延床面積	加入月保険料
施設来館者	~1,000㎡	円
	1,001㎡~2,000㎡	円

PLAN II-D	車両登録番号 必ずご記入ください	車両の法定乗車定員数	1人あたりの加入月保険料	1台あたりの保険料
車両搭乗中	京都 800 さ 1234	8人	×	1,000円 8,000円
	京都 500 み 4321	4人	×	1,000円 4,000円
	京都 50 ら 1234	5人	×	1,000円 5,000円
		人	×	円 円

**合計保険料 92,760円**

<※他の保険契約等・保険金請求歴> この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。 (「あり」のときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

保険会社	保険種類	保険金額・支払限度額	過去3年間における事故
			あり → 「あり」の場合 回

「中途加入の場合の加入月係数 & 加入月保険料 早見表」が2枚目(お客様控え)にあります

受付日 20 年 月 日 受付社協 (担当者 社会福祉協議会)