

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。

● 申込人 申込のみを使用する場合はこちらの欄の記入は省略可能ですが

フリガナ			印	保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取ることとに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報を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。
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			
T E L		F A X		
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く場合があります。			

申込区分 チェックmarkしてください	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 追加	登録番号	更新の方は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 ~ 2027 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。よろしくお願い致します

- 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塹町 83-1 「ひと・まち交流館京都」 3F
TEL:075-354-8735 / FAX:075-354-8738

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

プラン	専有延床面積 1m²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	m² × 92 円	× /12	0 円
	入所型施設	専有延床面積	m² × 65 円	× /12	0 円
PLAN I-Aオプション①	請負 賠償責任補償制度	年間請負金額	千円 × 1.52 円	× /12	保険料
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		保険料
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	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 食 × 日	× 3 円	保険料 0 円
PLAN I-D	福祉用具の販売・ レンタル業	年間売上高	千円 × 2.25 円	加入月係数 × /12	保険料 0 円

10 円未満を四捨五入

▼傷害見舞金補償制度

事業区分	専有延床面積 1m²未満切捨て		料率	加入月係数	保険料
PLAN II-A 活動従事者	福祉施設(通所型・入所型)	専有延床面積	m² × 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	保険料
	派遣型事業	人 ×	日	× 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(役職員数)		料率	加入月係数 0 円
			人	× 1,200 円	× /12
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	加入月係数 0 円
			人	× 640 円	× /12
事業区分	登録利用者数		料率	加入月係数	保険料
PLAN II-B 登録利用者	通所型施設／派遣型事業		人 × 240 円	× /12	0 円
	入所型施設		人 × 720 円	× /12	0 円
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 m²					円
1,001 m²~2,000 m²					円

PLAN I-A オプション① 医療行為賠償責任補償制度と、PLAN II-D 車両搭乗中傷害見舞金補償制度は、別紙 専用申込票 にて申込ください。
なお、この2つのプランのみ申込締切(振込期限)が2026年2月28日となっています。必ずご確認ください。

<※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	保険額・支払限度額	過去3年間における事故 あり → 「あり」の場合
------	------	-----------	-----------------------------

「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。

● 申込人 申込のみを使用する場合はこちらの欄の記入は省略可能ですが

フリガナ			印	保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取ることとに、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。
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く場合があります。			

申込区分 チェックmarkしてください	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 追加	登録番号	更新の方は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 ~ 2027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
PLAN I-A	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
PLAN II-B	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12

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 m ²	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
1001 m ² ~2000 m ²	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

取扱代理店 株式会社エスアールエム	引受保険会社
〒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	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	社会福祉法人 京都市社会福祉協議会
〒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	〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅塀町 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

▼賠償責任補償制度

プラン	専有延床面積 1m ² 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	m ²	× 92 円	/12 0 円
	入所型施設	専有延床面積	m ²	× 65 円	/12 0 円
PLAN I-Aオプション①	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 保険料
					/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	保険料
					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	× 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	× 3 円	保険料
		食			0 円
PLAN I-D	福祉用具の販売・ レンタル業	年間売上高	千円	×2.25 円	加入月係数 保険料
					0 円

10円未満を四捨五入

▼傷害見舞金補償制度

事業区分	専有延床面積 1m ² 未満切捨て		料率	加入月係数	保険料
PLAN II-A 活動従事者	福祉施設(通所型) 入所型)	専有延床面積	m ²	× 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	保険料
	派遣型事業	人	× 日	× 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(役職員数)		料率	加入月係数 保険料
			人	× 1,200 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)		料率	加入月係数 保険料
			人	× 640 円	/12 0 円
PLAN II-B 登録利用者	事業区分	登録利用者数		料率	加入月係数 保険料
	通所型施設/派遣型事業	人	× 240 円	/12 0 円	
PLAN II-C 施設来館者	入所型施設	人	× 720 円	/12 0 円	
	敷地内建物の延床面積 ~1,000 m ²	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	
	1,001 m ² ~2,000 m ²				

10円未満を四捨五入

PLAN I-A オプション① 医療行為賠償責任補償制度と、PLAN II-D 車両搭乗中傷害見舞金補償制度は、別紙 専用申込票 にて申込ください。

なお、この2つのプランのみ申込締切(振込期限)が2026年2月28日となっております。必ずご確認ください。

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

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 2026年3月1日		
<small>【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。</small>				
●明細のみに使用する場合はこちらの欄の記入は必須可能です	フリガナ 法人名/団体名	シャカイフクシホウジン エスアールエムカイ 社会福祉法人 えすあーるえむ会	印	
	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		
	T E L	075-255-0881	F A X	075-255-0882
	E-mail	●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く場合があります。		

加入区分 チェックしてください	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 追加	登録番号 △△△△
フリガナ 事業所名	マゴコロワイド デイサービスセンター 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	2026年4月1日 ~ 2027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。よろしくお願い致します

- 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 (3 台)
- 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)
- 新規に開設する予定の事業がある
はい (7 月頃 デイサービス 事業) いいえ

ここに振替払込受付証明書(お客様用)、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
(合算で払込まれる場合は合算の金額)

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渓町 83-1 「ひと・まち交流館京都」3F
TEL:075-354-8735 / FAX:075-354-8738

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					
PLAN I-A	通所型施設 入所型施設	専有延床面積 320 m ²	料率 × 92円	加入月係数 12/12	保険料 29,440円
PLAN I-Aオプション①	請負賠償責任補償制度	専有延床面積 千円	料率 × 1.52円	加入月係数 12/12	保険料 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	料率 × 0.1円	加入月係数 12/12	保険料 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 × 日	料率 × 11円	加入月係数 12/12	保険料 0円
PLAN I-C	配食サービス事業	1日の平均配食数 食 × 日	料率 × 3円	加入月係数 12/12	保険料 0円
PLAN I-D	福祉用具の販売・レンタル業	年間売上高 千円	料率 × 2.25円	加入月係数 12/12	保険料 0円

▼傷害見舞金補償制度					
PLAN II-A	事業区分 活動従事者	専有延床面積 320 m ²	料率 × 48円	加入月係数 12/12	保険料 15,360円
	事業区分 派遣型事業	1日の平均活動従事者数 × 日	料率 × 24円	加入月係数 12/12	保険料 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) 10人	料率 × 1,200円	加入月係数 12/12	保険料 12,000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) 10人	料率 × 640円	加入月係数 12/12	保険料 6,400円
PLAN II-B	事業区分 登録利用者	登録利用者数 60人	料率 × 240円	加入月係数 12/12	保険料 14,400円
	入所型施設	人 × 720円	料率 × 720円	加入月係数 12/12	保険料 0円
PLAN II-C	敷地内建物の延床面積 施設来館者	~1,000 m ²	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	円	円
		1,001 m ² ~2,000 m ²			円

PLAN I-A オプション① 医療行為賠償責任補償制度と、PLAN II-D 車両搭乗中傷害見舞金補償制度は別紙 専用申込票 にて申込ください。
なお、この2つのプランのみ申込締切(振込期限)が2026年2月28日となっております。必ずご確認ください。

<※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年間ににおける事故 あり → 「あり」の場合
------	------	------------	------------------------------

「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
-----	----------	------------	---------