

福祉事業者総合補償制度「まごころワイド」ご加入者様

三井住友海上火災保険株式会社

＜ご案内＞新型コロナウイルス感染症に対する

福祉事業者総合補償制度「まごころワイド」傷害見舞金補償制度について

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。弊社業務におきましては日頃より、ご高配を賜り、ありがたく厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、福祉事業者総合補償制度「まごころワイド」傷害見舞金補償制度に関しまして、新型コロナウイルス感染症を補償可能なプランを新たにご用意しました。以下の通り、ご案内させていただきますので、ご検討の程、宜しくお願い致します。

記

1. 「まごころワイド」傷害見舞金補償制度 新型コロナウイルス補償 について

(1) 現在の補償内容

PLAN II-A オプション②活動従事者（役職員・臨時職員）の感染症補償制度

保険料 1 名 4 5 6 円（年間）

現在まごころワイドでは、PLAN II-A オプション②活動従事者（役職員・臨時職員）の感染症補償制度で感染症を補償することが可能になっております。

ただし、当該感染症の範囲は以下に限定されており、新型コロナウイルスは補償対象外です。

肝炎（B 型および C 型）、結核、HIV 感染症（エイズ）、皮膚感染症（疥癬、カンジダ症、白癬症、帯状疱疹、単純ヘルペス、紅色陰癬等）、腸管感染症（コレラ、腸チフス、細菌性赤痢、細菌性食中毒、ノロウイルス感染症等）、MRSA（院内感染）、SARS（重症急性呼吸器症候群）

(2) 【NEW】PLAN II-A オプション②-1、②-2 『新型コロナウイルス補償プラン』

今回新たに『新型コロナウイルス補償プラン』をご用意しました。(1) の活動従事者の感染症補償制度では補償されない新型コロナウイルスを補償できるプランになります。

当該プランは補償内容に応じて 2 つのプランを設けさせて頂いております。ご希望のプランを選択の上、ご加入をお願い致します。**あくまでも当該プランはオプションであり、上記(1) 感染症補償制度へ加入頂くことが前提ですので、ご注意ください。 ※オプションのみの加入は不可**

PLAN II-A オプション②-1 『新型コロナウイルス補償プラン②-1』 保険料：2, 4 1 4 円

新型コロナウイルス感染症、肝炎（B 型および C 型）、結核、HIV 感染症（エイズ）、皮膚感染症（疥癬、カンジダ症、白癬症、帯状疱疹、単純ヘルペス、紅色陰癬等）、腸管感染症（コレラ、腸チフス、細菌性赤痢、細菌性食中毒、ノロウイルス感染症等）、MRSA（院内感染）、SARS（重症急性呼吸器症候群）

PLAN II-A オプション②-2 『新型コロナウイルス補償プラン②-2』 保険料：2 0 0 円

肺炎（新型コロナウイルス感染症による肺炎含む）、肝炎（B 型および C 型）、結核、HIV 感染症（エイズ）、皮膚感染症（疥癬、カンジダ症、白癬症、帯状疱疹、単純ヘルペス、紅色陰癬等）、腸管感染症（コレラ、腸チフス、細菌性赤痢、細菌性食中毒、ノロウイルス感染症等）、MRSA（院内感染）、SARS（重症急性呼吸器症候群）

※支払金額に関しては、まごころワイドパンフレット 15 ページに記載の補償内容の通りです。

## 2. 補償開始時期に関して

新型コロナウイルス補償プランは10月1日より募集開始となります。

手続き（保険料振込、申込書提出）を完了して頂いた翌日から補償開始となります。

それまでに感染された方は補償対象外になりますので、ご了承ください。

また、補償開始（保険責任開始日）からその日を含めて10日以内に発病した感染症も補償の対象とはなりません。

## 3. よくある質問事項

【Q1】新型コロナウイルスに感染し、自宅療養となった場合、入院とみなされるのか？

【A1】医師等の指示で臨時の施設（ホテルや自宅など）で療養した場合も入院とみなし、お支払いの対象となります。医療機関への入院、臨時の施設での療養や自宅療養の場合などは、必ず医師による証明書（保健所・自治体の発行する書類を含む）等をご提出いただきます。

【お問い合わせ先】 保険代理店：株式会社エスアールエム

住所：京都府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

## ご加入方法に関してのご説明

### (1) 「まごころワイド」加入申込票 兼 明細書 の記載の仕方

- ・ 申込人・・・ご署名ご捺印、ご記入お願い致します
- ・ 加入事業所・・・申込区分は□追加にチェックしてください  
登録番号は必ずご記入ください
- ・ 保険期間・・・お振込み日の翌日から2021年4月1日午後4時まで
- ・ ▽傷害見舞金補償制度・・・PLAN II-A オプション②-1 【新型コロナウイルス補償プラン②-1】  
 PLAN II-A オプション②-2 【新型コロナウイルス補償プラン②-2】  
 欄に対象者数、加入月係数、保険料を記入

### (2) 保険料の計算方法

	PLAN II-A オプション② 感染症補償制度	
	<u>既加入の方</u>	<u>未加入の方</u>
PLAN II-A オプション② 感染症補償制度	年間保険料456円をすでにお支払いされていますので、追加保険料として以下のいずれかの保険料をお支払ください。	対象者数×456円×加入月係数 例) 役職員数が30人の場合 $30 \times 456 \times 6/12 = 6840$
PLAN II-A オプション②-1 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×2,414円×加入月係数  (例) 役職員数が30人の場合 $30 \times 2414 \times 6/12 = 36210$	対象者数×2,870円×加入月係数  (例) 役職員数が30人の場合 $30 \times 2870 \times 6/12 = 43050$
PLAN II-A オプション②-2 感染症補償制度 『新型コロナウイルス補償プラン②-2』	対象者数×200円×加入月係数  (例) 役職員数が30人の場合 $30 \times 200 \times 6/12 = 3000$	対象者数×656円×加入月係数  (例) 役職員数が30人の場合 $30 \times 656 \times 6/12 = 9840$

※2,870円、656円には  
456円が含まれています

加入月係数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
		$\frac{12}{12}$	$\frac{11}{12}$	$\frac{10}{12}$	$\frac{9}{12}$	$\frac{8}{12}$	$\frac{7}{12}$	$\frac{6}{12}$	$\frac{5}{12}$	$\frac{4}{12}$	$\frac{3}{12}$	$\frac{2}{12}$

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。

●明細のみを使用する場合は以下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、個人情報取扱いに同意の上ご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。	

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	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 ~ 2021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

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)

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九西入橋弁慶町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:075-252-6295 / 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の梅湊町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
	$\frac{12}{12}$	$\frac{11}{12}$	$\frac{10}{12}$	$\frac{9}{12}$	$\frac{8}{12}$	$\frac{7}{12}$	$\frac{6}{12}$	$\frac{5}{12}$	$\frac{4}{12}$	$\frac{3}{12}$	$\frac{2}{12}$	$\frac{1}{12}$

▼賠償責任補償制度							
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	円	
	入所型施設	専有延床面積	㎡	× 65円	× /12	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		加入月保険料		保険料	
		施設	×		円	円	
PLAN I-Aオプション②	請負賠償責任補償制度	年間請負金額	千円	× 1.52円	× /12	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	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	円
		食	×				
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	× /12	円	

10円未満を四捨五入

▼傷害見舞金補償制度								
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	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	×	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)	人	×	1,200円	× /12	円	
PLAN II-Aオプション②	感染症補償制度	対象者数(役員員数)	人	×	456円	× /12	円	
PLAN II-Aオプション②-1	感染症補償制度『新型コロナウイルス補償プラン②-1』	オプション② 既加入者	対象者数(役員員数)	人	×	2,414円	× /12	円
			対象者数(役員員数)	人	×	2,870円	× /12	円
			対象者数(役員員数)	人	×	200円	× /12	円
			対象者数(役員員数)	人	×	656円	× /12	円
PLAN II-Aオプション②-2	感染症補償制度『新型コロナウイルス補償プラン②-2』	オプション② 既加入者	対象者数(役員員数)	人	×	240円	× /12	円
			対象者数(役員員数)	人	×	656円	× /12	円
			対象者数(役員員数)	人	×	240円	× /12	円
			対象者数(役員員数)	人	×	656円	× /12	円
PLAN II-B	事業区分	登録利用者数	人	×	240円	× /12	円	
	通所型施設/派遣型事業	人	×	720円	× /12	円		
	入所型施設	人	×	720円	× /12	円		

10円未満を四捨五入

PLAN II-C	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	
施設来館者	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
車両搭乗中		人	×	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
------	------	------------	-----------------------------

受付日 20 年 月 日 受付社協 (担当者 社会福祉協議会)