

【表面】

2025年版 大阪府社会福祉協議会 社会福祉施設・事業者 総合補償制度 加入申込票 (兼契約内容変更依頼票)

申込日 2024年 11月 25日 保険期間 2025年1月1日午後4時から2026年1月1日午後4時 (制度⑤は2025年1月1日午前0時から2025年12月31日午後12時 制度⑥⑦は2024年12月31日午後4時から2025年12月31日午後4時) 中途加入補償開始日 年 月 日

施設所在地 (フリガナ) オオサカシチュウウツキタハマ 大阪市中央区北浜4-3-1

★施設名 (フリガナ) ミツイホイクエン 三井保育園

★代表者役職・氏名 (フリガナ) エンヂョウ スミトモユウコ 園長 住友優子

★法人名 (フリガナ) シャカイフクシホウジン オオサカフクシカイ 社会福祉法人 大阪福祉会

事業種類 保育園

T E L 06-6233-1536 F A X 06-6233-15XX 担当者 住友太郎

E-mail osakafukushi@xxx.or.jp

併設施設 あり → 別紙明細書にご記入ください。

加入者証の送付先 (所在地と異なる場合) あり → 別紙明細書にご記入ください。

1. 申込書(付属書類を含みます。)には事実を正確にご記入(記入)ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご記入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記入(記入)ください。  
2. この保険契約には、ご加入後に連絡いただくべき事項(通知義務等)があり、保険契約の重要な事項に関する説明書に記述しています。また、補償内容等の詳細は普通保険約款・特別約款・特約において定めていますのでご確認ください。  
3. ★印の項目は大切な項目です。訂正時には申込者(加入者)の訂正印(または訂正署名)をお願いします。  
4. 制度⑤において、この保険契約では、事故発生の際に保険契約に関する事項等について、損害保険会社等の間で確認することがあります。  
5. 制度⑥⑦において、保険契約に関する事項等について、一般社団法人 日本損害保険協会に登録された損害保険会社等の間で確認することがあります。

ご加入する制度に○印をして、該当制度にご記入ください。補償内容はパンフレットをご覧ください。

| 補償制度名                                                      | 基礎単位                                 | 加入タイプ・単位保険料         | 保険料算出の基礎   | 保険料        |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------|------------|
| ① 保育施設賠償責任                                                 | 総定員数                                 | —                   | ( 80 )名    | 24,970 円   |
| ② エレベーター賠償責任                                               | 台数                                   | 3,970円              | ( 1 )台     | 3,970 円    |
| ③ 保育施設事故見舞金                                                | Ⅰ型 1,000円 × ( 1 )口<br>Ⅱ型 500円 × ( )口 | 口数(最大5口)<br>※★被保険者数 | × ( 78 )名  | 78,000 円   |
| ★【加入プラン】 Ⅰ型 ( )型                                           |                                      |                     |            |            |
| ★【申告内容】 保険契約締結時に可能な最近の会計年度の被保険者数(年間平均在籍人数)として次のとおり申告いたします。 |                                      |                     |            |            |
| 月 締結日 在籍人数                                                 | 月 締結日 在籍人数                           | 月 締結日 在籍人数          | 月 締結日 在籍人数 | 月 締結日 在籍人数 |
| 4月 4/1 80名                                                 | 7月 7/1 78名                           | 10月 10/1 79名        | 1月 1/1 77名 |            |
| 5月 5/1 80名                                                 | 8月 8/1 78名                           | 11月 11/1 79名        | 2月 2/1 78名 |            |
| 6月 6/1 78名                                                 | 9月 9/1 78名                           | 12月 12/1 77名        | 3月 3/1 78名 |            |
| 申告対象期間 2023年4月1日より2024年3月31日まで                             | 合計在籍人数 940名                          | 年間平均在籍人数 78名        |            |            |
| ④ 「民間保育園の子育て支援事業」参加者傷害                                     | 年間平均参加人数                             | 5円 × ( 2 )口         | × ( 970 )名 | 9,700 円    |
| ★【申告内容】 保険契約締結時に可能な最近の会計年度の被保険者数(年間平均参加人数)として次のとおり申告いたします。 |                                      |                     |            |            |
| 月 締結日 参加人数                                                 | 月 締結日 参加人数                           | 月 締結日 参加人数          | 月 締結日 参加人数 | 月 締結日 参加人数 |
| 4月 4 88名                                                   | 7月 4 96名                             | 10月 4 80名           | 1月 3 60名   |            |
| 5月 4 80名                                                   | 8月 4 88名                             | 11月 4 96名           | 2月 3 66名   |            |
| 6月 4 80名                                                   | 9月 4 80名                             | 12月 3 60名           | 3月 4 96名   |            |
| 申告対象期間 2023年4月1日より2024年3月31日まで                             | 年間平均参加人数 45名                         | 年間平均参加人数 970名       |            |            |
| ⑤ 従業員の不誠実行為                                                | 被保険人数                                | Ⅰ型 Ⅱ型 Ⅲ型            | × ( 25 )名  | 50,820 円   |
| ⑥ 施設職員労災上乗せ                                                | 別表Ⅰ 職員数                              | ⑥のみ加入 2,360円        | × ( )名     | 円          |
| ⑦ 使用者賠償責任                                                  | 別表Ⅰ 職員数                              | ⑦のみ加入 1,220円        | × ( )名     | 円          |
| ⑧ ⑥⑦セットの場合                                                 | 別表Ⅰ・Ⅱ 職員数                            | ⑧⑥⑦セットの場合 2,750円    | × ( 25 )名  | 68,750 円   |
| ⑨ 非常勤職員災害                                                  | 別表Ⅲ 職員数                              | 標準プラン 6,300円        | × ( 5 )名   | 31,500 円   |
|                                                            |                                      | スリムプラン 3,150円       | × ( )名     | 円          |
| ⑩ 理事長・施設長災害                                                | 別表Ⅳ 人数                               | Ⅰ型 40,000円          | × ( )名     | 円          |
|                                                            |                                      | Ⅱ型 45,000円          | × ( 2 )名   | 90,000 円   |
| 保険料振込(予定)日 2024年 11月 25日                                   | 合計保険料                                |                     |            | 357,710 円  |

3枚目は加入者控となりますので、切り取って保管ください。1枚目裏面も忘れずにご確認ください。 HASG68-2309

既にご加入のかたで  
印字内容を変更する場合は、  
二重線で抹消のうえ記入してください。

メールアドレスをご記入ください。

併設施設がある場合は別紙明細書  
にご記入ください。

加入者証の送付先が申込施設所在地  
と異なる場合はご記入ください。

年間平均在籍人数とは、直近年度の  
平均在籍人数です。毎月1日時点に  
おける在籍人数の平均人数(小数点  
第一位四捨五入)をご記入ください。

⑤従業員の不誠実行為損害補償にご加入  
の場合はもれなくご  
記入ください。

【裏面】

## ⑤従業員の不誠実行為損害補償にご加入の方

(ご注意)★印の項目は、大切な項目です。訂正する場合は申込者(加入者)または被保険者の訂正印(または訂正署名)をお願いします。

## 身元信用保険 被保険者告知書

告知書には事実を正確にご記入ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、告知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記入ください。また、ご記入内容によってはお引受けをお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

この保険契約の普通保険約款および特約の定めに基づき、以下のとおり告知します。

| ★ 業種                                      | 保育園                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                |                                                                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|
| ★ 従業員 (申込日時点)                             | 全社員数                                                                                                                                                                                                                                    | 25 名                              | 平均勤続年数         | 5年以下 10年以下 10年以上                                                   |
| ★ 金銭等の出納事務について                            | 権限のある部署・役職                                                                                                                                                                                                                              | ・ 理事長<br>・ 園長<br>・ 総務部長<br>・ 経理課長 | 金額の範囲          | ・ 1,000,000 円まで<br>・ 500,000 円まで<br>・ 300,000 円まで<br>・ 100,000 円まで |
| ★ 被保険人                                    | 被保険人の範囲                                                                                                                                                                                                                                 | 全従業員                              | 合計人数           | 25 名                                                               |
| ★ 金銭・商品有価証券の取扱                            | 被保険人の1人、1日当りの最大取扱金額                                                                                                                                                                                                                     | 100,000 円                         | 被保険人の手元に滞留する期間 | 1日 5日以内 5日以上                                                       |
| ★ 社内検査                                    | (検査項目、検査頻度、検査方法、経理の入出金についてのチェック方法等をご記入下さい)<br>年に一度、園長が抜き打ち検査を実施。<br>毎朝、経理課長が管理簿記載の金額・確認者と金庫の現金を照合。等                                                                                                                                     |                                   |                |                                                                    |
| ★ 従業員に身元保証人*を立てることを求めていますか                | □はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                             |                                   |                |                                                                    |
| ★ 過去5年間の役員または従業員の不誠実行為 (詐欺・強盗・横領・詐欺・背任行為) | □あり (ありの場合は、ご記入いただけます。)<br><input checked="" type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                       |                                   |                |                                                                    |
| ★ 過去の保険契約                                 | 1. 過去において身元信用保険の引受を拒絶されたことが □あり <input checked="" type="checkbox"/> なし<br>2. 過去3ヶ月間に身元信用保険金を受領したことが □あり <input checked="" type="checkbox"/> なし<br>3. 身元信用保険の前年度契約が □あり <input checked="" type="checkbox"/> なし (ありの場合は、以下ご記入下さい)<br>保険会社 |                                   |                |                                                                    |

保険契約に関する個人情報について、引受保険会社がこの保険引受の審査および履行等のために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、引受保険会社のセンシティブ情報(要配慮個人情報)の利用目的は、法令等にない、業務の適切な遂行の確保その他の必要と認められる範囲に限定します。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、一般社団法人 日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。詳細については、三井住友海上ホームページ(https://www.mitsumi-ins.com)をご覧ください。

同一建物内に複数施設がありエレベーターを共通して利用する場合は、いずれか1施設でご加入ください。

加入プランに○印をつけてください。

職員数は必ず直近の年度分の「労働保険概算・確定保険料申告書」に記載の人数としてください。

他の保険契約等に該当がある場合はご記入ください。

| 労働災害                                                                                                                                                                                                                                         | ⑥施設職員労災上乗せ (労働災害補償保険)          | ⑦使用者賠償責任 (労働災害補償保険) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| 会社名                                                                                                                                                                                                                                          | 令和 年 月 日                       | 支払限度額 万円            |
| 満期日                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                     |
| ★ 同様の危険を被る他の保険契約等(保険契約者がこの契約の申込者(加入者)と同一で、かつ被保険者がこの契約の被保険者と全員重複する。もしくはこの契約の被保険者の全員が、当該組合生活協同組合保険、普通傷害保険等の身体ケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等(い)い、補償保険を被保険者とする。が)がある場合は、「あり」の場合のみご記入ください。(ご記入のない場合は「なし」と回答したことになります。)(注)他の保険会社等における契約、生命保険契約、共済契約等を含みます。 | あり                             | なし                  |
| ⑧非常勤職員災害 (国民年金生活協同組合(標準型))                                                                                                                                                                                                                   | ⑨理事長・施設長災害 (国民年金生活協同組合(MSAD型)) |                     |
| 合計                                                                                                                                                                                                                                           | 償還型・後遺障害保険金 万円                 | 償還入院保険金 円           |
|                                                                                                                                                                                                                                              | 賠償入院保険金 円                      | 賠償通院保険金 円           |
| 過去3年以内にケガで保険金(合計して5万円以上)を受領したことがありますか                                                                                                                                                                                                        | あり                             |                     |
| (注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。                                                                                                                                                                                                                      |                                |                     |
| 会社名                                                                                                                                                                                                                                          | 回数                             | 合計金額 円              |

|               |                   |                                           |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                |                                                                             |        |              |
|---------------|-------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|
| 申 込 日         | 年 月 日             | 保険期間                                      | 2025年1月1日午後4時から2026年1月1日午後4時 <small>(制度④⑤は2025年1月1日午前0時から2025年12月31日午後12時<br/>制度③⑥は2024年12月31日午後4時から2025年12月31日午後4時)</small> |                                                                                                                                                                                | 中途加入補償開始日                                                                   | 年 月 日  |              |
| 申 込 人 (加 入 者) | 施 設 所 在 地         | (フリガナ)<br>〒                               |                                                                                                                              | 施設長(法人代表者)印を<br>押印してください。<br><br>保険契約の重要な事項に<br>関する説明書類を受け取<br>るとともに、申込内容が意<br>向に沿ったものであること<br>を確認し、個人情報の取扱<br>いに同意のうえ加入を申し<br>込みます。また、「ご加入内<br>容確認事項」について確認<br>しました。<br><br>印 | ★ 法人名                                                                       | (フリガナ) | 施 設<br>コ ー ド |
|               | ※★ 施 設 名          | (フリガナ)                                    |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                | 事業種類                                                                        |        |              |
|               | ★代 表 者<br>役 職・氏 名 | (フリガナ)<br>記名してください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。) |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                | T E L                                                                       | F A X  | 担 当 者        |
|               |                   |                                           |                                                                                                                              | E-mail                                                                                                                                                                         | 本メールアドレス宛にお役立ち情報の送付を希望<br>しますか?記入がない場合は「はい」となります。 <small>(はい) (いいえ)</small> |        |              |
|               |                   |                                           |                                                                                                                              | 併 設 施 設                                                                                                                                                                        | あり → 別紙明細書にご記入ください。                                                         |        |              |
|               |                   |                                           |                                                                                                                              | 加入者証の送付先<br>(所在地と異なる場合)                                                                                                                                                        | 〒                                                                           |        |              |

ご加入する制度に○印をして、該当制度にご記入ください。補償内容はパンフレットをご覧ください。

|         |   |                       |                                                      |                      |              |       |
|---------|---|-----------------------|------------------------------------------------------|----------------------|--------------|-------|
| 賠償責任    | ○ | ①保育施設賠償責任             | 基礎単位                                                 | 加入タイプ・単位保険料          | 保険料算出の基礎     | 保 険 料 |
|         | ○ | ②エレベーター賠償責任           | 総定員数                                                 | —                    | ※★<br>( )名   | 円     |
|         | ○ | ③保育施設事故見舞金            | 台数                                                   | 3,970円               | ※★<br>× ( )台 | 円     |
|         | ○ | ④「民間保育園の子育て支援事業」参加者傷害 | 口数(最大5口)<br>※★被保険者数                                  | 年間平均在籍人数<br>※★被保険者数  | 円            |       |
| 見舞金等    | ○ | ★【加入プラン】              | I 型 1,000円 × ( )口<br>II 型 500円 × ( )口                | × ( )名<br>× ( )名     | 円            |       |
|         | ○ | ★〈申告内容〉               | 保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数(年間平均在籍人数)として次のとおり申告いたします。 |                      |              |       |
|         | ○ | ⑤従業員の不誠実行為            | 年間延べ参加人数                                             | 口数(最大10口)<br>※★被保険者数 | (1円単位)<br>円  |       |
|         | ○ | ⑥施設職員労災上乗せ            | 年間延べ参加回数                                             | 参加人数                 | 円            |       |
| 役職員災害補償 | ○ | ⑦使用者賠償責任              | 年間延べ参加回数                                             | 参加人数                 | 円            |       |
|         | ○ | ⑧非常勤職員災害              | 年間延べ参加回数                                             | 参加人数                 | 円            |       |
|         | ○ | ⑨理事長・施設長災害            | 年間延べ参加回数                                             | 参加人数                 | 円            |       |
|         | ○ | ⑩理事・施設長災害             | 年間延べ参加回数                                             | 参加人数                 | 円            |       |

ご 注 意

1. 申込書(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、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。  
2. この保険契約には、ご加入後にご連絡いただくべき事項(通知義務等)があり、保険契約の重要な事項に関する説明書類に記載しています。また、補償内容等の詳細は普通保険約款・特別約款・特約において定めていますのでご確認ください。  
3. ★印の項目は大切な項目です。訂正時には申込人(加入者)の訂正印(または訂正署名)をお願いします。  
4. 制度⑥⑦において、この保険契約では、事故発生の際に保険契約に関する事項等について、損害保険会社等の間で確認することがあります。  
5. 制度⑧⑨において、保険契約に関する事項等について、一般社団法人 日本損害保険協会に登録された損害保険会社等の間で共用することがあるほか、事故発生の際に損害保険会社等の間で確認することがあります。

該当する制度にご加入の場合のみご記入ください。

制度 ⑤ 1枚目裏面の告知書にご記入ください。

別表Ⅰ 制度 ⑥・⑦ 施設職員数申告書

|              |   |                    |             |   |
|--------------|---|--------------------|-------------|---|
| 政府労災加入の全従業員数 | 名 | 一部のみの除外は<br>できません。 | うち特別加入者(含む) | 名 |
|--------------|---|--------------------|-------------|---|

【特別加入者明細】

| 符号 | 氏 名 | フリガナ | 性 別 | 生年月日 | 職 務 |
|----|-----|------|-----|------|-----|
| 1  |     |      | 男・女 |      |     |
| 2  |     |      | 男・女 |      |     |

別表Ⅱ 制度 ⑥・⑦ 総合リスク診断評価シート ※★

パンフレットP12の質問事項を参照のうえ、「はい」に該当する場合、回答欄に○をつけてください。

| 質 問 | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 回答欄 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 質 問 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | XⅢ |
| 回答欄 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

別表Ⅲ 制度 ⑧ 最高稼働人数申告書

以下の通りに相違ありません。

| 対象者の職務 | 対象者数 | ★最高稼働人数 |
|--------|------|---------|
|        | 名    | 名       |

別表Ⅳ 制度 ⑨ 被保険者明細書

| 符号 | 氏 名 | フリガナ | 性 別 | 生年月日 | 職 務 | 加入タイプ | 合計 |
|----|-----|------|-----|------|-----|-------|----|
| 1  |     |      | 男・女 |      |     | Ⅰ Ⅱ   |    |
| 2  |     |      | 男・女 |      |     | Ⅰ Ⅱ   |    |
| 3  |     |      | 男・女 |      |     | Ⅰ Ⅱ   | 名  |

他の保険契約等のご確認

ご加入いただく各制度において、他の保険契約等、保険金請求歴について、以下の内容にご回答ください。

|      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                  |           |       |    |    |    |
|------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|-----------|-------|----|----|----|
| 賠償責任 | ※                                                  | 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。<br>(ありの場合は下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)                                                                                                                                                                            |               |                  |           | あり    | ↓  |    |    |
|      | ①保育施設賠償責任<br>(賠償責任保険)                              | 会社名                                                                                                                                                                                                                                                  |               | 保 険 金 額<br>支払限度額 |           |       | 万円 |    |    |
|      | ②エレベーター賠償責任<br>(昇降機賠償責任保険)                         | 保険<br>種類                                                                                                                                                                                                                                             |               | 過去3年間に<br>おける事故  | あり        | ありの場合 | 回  |    |    |
| 見舞金  | ※★                                                 | 同種の危険を補償する他の保険契約等(保険契約者がこの契約の申込人(保険契約者)と同一で、かつ被保険者がこの契約の被保険者と全員重複する、もしくはこの契約の被保険者全員が含まれる、団体総合生活補償保険、普通傷害保険等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。)がありますか。「あり」の場合は必ずご記入ください。<br>(ご記入のない場合は「なし」と回答したことになります。)<br>(注)他の保険会社等における契約、生命保険契約、共済契約等を含みます。 |               |                  |           |       |    | あり | なし |
|      | ③保育施設事故見舞金<br>(学校契約団体傷害保険)                         | 合計                                                                                                                                                                                                                                                   | 死亡・後遺障害保険金額   | 入院保険金日額          | 通院保険金日額   |       |    |    |    |
|      | ④「民間保育園の子育て<br>支援事業」参加者傷害<br>(行事(レクリエーション)参加者傷害保険) |                                                                                                                                                                                                                                                      | 万円            | 円                | 円         |       |    |    |    |
|      | 保険金請求歴                                             | 過去3年以内にケガで保険金(5万円以上)を請求または受領したことがありますか。<br>(注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。                                                                                                                                                                                   | あり            | 会社名              | 回数        | 合計金額  | 円  |    |    |
| 身元信用 | ※                                                  | 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。<br>(ありの場合は下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)                                                                                                                                                                            |               |                  |           |       |    | あり | ↓  |
|      | ⑤従業員等の不誠実行為<br>(身元信用保険)                            | 会 社 名                                                                                                                                                                                                                                                |               |                  |           |       |    |    |    |
|      |                                                    | 保 険 種 類                                                                                                                                                                                                                                              | 支払限度額         |                  |           |       | 万円 |    |    |
| 労働災害 | ※                                                  | 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。<br>(ありの場合は下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)                                                                                                                                                                            |               |                  |           |       |    | あり | ↓  |
|      | ⑥施設職員労災上乘せ<br>(労働災害総合保険)                           | 会社名                                                                                                                                                                                                                                                  |               |                  |           |       |    |    |    |
|      | ⑦使用者賠償責任<br>(労働災害総合保険)                             | 満期日                                                                                                                                                                                                                                                  | 令和<br>年 月 日   | 支払限度額            |           |       | 万円 |    |    |
| 傷害   | ※★                                                 | 同種の危険を補償する他の保険契約等(保険契約者がこの契約の申込人(加入者)と同一で、かつ被保険者がこの契約の被保険者と全員重複する、もしくはこの契約の被保険者の全員が含まれる、団体総合生活補償保険、普通傷害保険等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。)がありますか。「あり」の場合は必ずご記入ください。<br>(ご記入のない場合は「なし」と回答したことになります。)<br>(注)他の保険会社等における契約、生命保険契約、共済契約等を含みます。  |               |                  |           |       |    | あり | なし |
|      | ⑧非常勤職員災害<br>(団体総合生活補償保険(標準型))                      | 合計                                                                                                                                                                                                                                                   | 傷害死亡・後遺障害保険金額 | 傷害入院保険金日額        | 傷害通院保険金日額 |       |    |    |    |
|      | ⑨理事長・施設長災害<br>(団体総合生活補償保険(MS&AD型))                 |                                                                                                                                                                                                                                                      | 万円            | 円                | 円         |       |    |    |    |
|      | 保険金請求歴                                             | 過去3年以内にケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。<br>(注:他の保険会社等への保険金請求を含みます。)                                                                                                                                                                              | あり            | 会社名              | 回数        | 合計金額  | 円  |    |    |

⑤従業員の不誠実行為損害補償にご加入の方

(ご注意)★印の項目は、大切な項目です。訂正する場合は申込人(加入者)または被保険者の訂正印(または訂正署名)をお願いします。

|                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                            |                              |     |                                |          |           |          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|-----|--------------------------------|----------|-----------|----------|--|
| 身元信用保険 被保険者告知書                                                                                                                                        |                                                                                                |                                            |                              |     |                                |          |           |          |  |
| 告知書には事実を正確にご記入ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、告知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記入ください。また、ご記入内容によってはお引受けをお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。 |                                                                                                |                                            |                              |     |                                |          |           |          |  |
| この保険契約の普通保険約款およびセットされる特約の規定に基づき、以下のとおり告知します。                                                                                                          |                                                                                                |                                            |                              |     |                                |          |           |          |  |
| ※★                                                                                                                                                    | 業種                                                                                             |                                            |                              |     |                                |          |           |          |  |
| ※★                                                                                                                                                    | 従業員<br>(申込日時点)                                                                                 | 全社員数                                       |                              | 名   | 平均勤続<br>年数                     | 5年<br>以下 | 10年<br>以下 | 10年<br>超 |  |
| ※★                                                                                                                                                    | 金銭等の出納<br>事務について                                                                               | 権限のある<br>部署・役職                             | 金額の範囲                        | ・   | 円まで                            |          |           |          |  |
| ・                                                                                                                                                     |                                                                                                |                                            |                              | 円まで |                                |          |           |          |  |
| ・                                                                                                                                                     |                                                                                                |                                            |                              | 円まで |                                |          |           |          |  |
| ・                                                                                                                                                     |                                                                                                |                                            |                              | 円まで |                                |          |           |          |  |
| ※★                                                                                                                                                    | 被保証人                                                                                           | 被保証人の<br>範囲                                | 全従業員                         |     | 合計人数                           | 名        |           |          |  |
| ※★                                                                                                                                                    | 金銭・商品有価<br>証券の取扱                                                                               | 被保証人の1人、1日<br>当りの最大取扱金額                    | 円                            |     | 被保証人の手元に<br>滞留する期間             | 1日       | 5日<br>以内  | 5日<br>超  |  |
| ※★                                                                                                                                                    | 社内検査                                                                                           | (検査要員、検査頻度、検査方法、日常の入出金についてのチェック方法等をご記入下さい) |                              |     |                                |          |           |          |  |
| ※★                                                                                                                                                    | 従業員に身元保証人*を立てることを求めていますか<br>*身元保証に関する法律に基づき、従業員が<br>事業者に対して債務を負った場合に、その<br>債務を保証する第三者のことを指します。 |                                            |                              |     | □はい □いいえ                       |          |           |          |  |
| ※★                                                                                                                                                    | 過去5年間の役員または従業員の不誠実行為<br>(窃盗・強盗・横領・詐欺・背任行為)                                                     |                                            |                              |     | □あり(ありの場合は、ご加入いただけません。)<br>□なし |          |           |          |  |
| ※★                                                                                                                                                    | 過去の保険契約                                                                                        | 1. 過去において身元信用保険の引受を拒絶されたことが                |                              |     | □あり □なし                        |          |           |          |  |
| 2. 過去3ヶ月間に身元信用保険金を受領したことが                                                                                                                             |                                                                                                |                                            | □あり □なし                      |     |                                |          |           |          |  |
| 3. 身元信用保険の前年度契約が                                                                                                                                      |                                                                                                |                                            | □あり □なし<br>(ありの場合は、以下ご記入下さい) |     |                                |          |           |          |  |
|                                                                                                                                                       | 保険会社                                                                                           |                                            |                              |     |                                |          |           |          |  |

保険契約に関する個人情報について、引受保険会社がこの保険引受の審査および履行等のために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含む)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、一般社団法人 日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。詳細については、三井住友海上ホームページ(<https://www.ms-ins.com>)をご覧ください。

申込日

年 月 日

保険期間

2025年1月1日午後4時から2026年1月1日午後4時

(制度④⑤は2025年1月1日午前0時から2025年12月31日午後12時  
制度③⑧は2024年12月31日午後4時から2025年12月31日午後4時)

中途加入補償開始日

年 月 日

申込人(加入者)

施設所在地

(フリガナ)

〒

施設長(法人代表者)印を  
押印してください。

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、「ご加入  
内容確認事項」について確認  
しました。

印

★法人名

(フリガナ)

事業種類

T E L

F A X

担当者

E-mail

本メールアドレス宛にお役立ち情報の送付を希望  
しますか?記入がない場合は「はい」となります。

併 設 施 設

あり

別紙明細書にご記入ください。

加入者証の送付先

〒

(所在地と異なる場合)

ご加入する制度に○印をして、該当制度にご記入ください。補償内容はパンフレットをご覧ください。

賠償責任

①保育施設賠償責任

基礎単位

総定員数

加入タイプ・単位保険料

—

保険料算出の基礎

※★  
( )名

保 険 料

円

②エレベーター賠償責任

台数

3,970円

※★  
× ( )台

円

③保育施設事故見舞金

口数(最大5口)

年間平均在籍人数  
※★被保険者数

★【加入プラン】

I 型

1,000円

× ( )口

× ( )名

II 型

500円

× ( )口

× ( )名

円

★【申告内容】保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数(年間平均在籍人数)として次のとおり申告いたします。

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

月

確認日

在籍人数

4月

4/1

名

7月

7/1

名

10月

10/1

名

1月

1/1

名

5月

5/1

名

8月

8/1

名

11月

11/1

名

2月

2/1

名

6月

6/1

名

9月

9/1

名

12月

12/1

名

3月

3/1

名

申告対象期間

2023年4月1日より2024年3月31日まで

合計在籍人数

名

年間平均在籍人数

名

④「民間保育園の子育て支援  
事業」参加者傷害

年間延べ  
参加人数

口数(最大10口)

年間延べ参加人数  
※★被保険者数

(1円単位)

円

★【申告内容】保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数(年間延べ参加人数)として次のとおり申告いたします。

開催月

回数

参加人数

開催月

回数

参加人数

開催月

回数

参加人数

開催月

回数

参加人数

開催月

回数

参加人数

4月

回

名

7月

回

名

10月

回

名

1月

回

名

5月

回

名

8月

回

名

11月

回

名

2月

回

名

6月

回

名

9月

回

名

12月

回

名

3月

回

名

申告対象期間

2023年4月1日より2024年3月31日まで

年間延べ回数

回

年間延べ参加人数

名

⑤従業員の不誠実行為

被保証人数

★I 型 II 型 III 型

※★  
× ( )名

円

⑥施設職員労災上乗せ

別表 I

職員数

⑥のみ加入

2,360円

※★  
× ( )名

円

⑦使用者賠償責任

⑦のみ加入

1,220円

※★  
× ( )名

円

⑥⑦セットの場合

別表 I・II

⑥⑦セット  
の場合

2,750円

※★  
× ( )名

円

⑧非常勤職員災害

別表 III

職員数

標準プラン

6,300円

※★  
× ( )名

円

スリムプラン

3,150円

※★  
× ( )名

円

⑨理事長・施設長災害

別表 IV

人数

I 型

40,000円

※★  
× ( )名

円

II 型

45,000円

※★  
× ( )名

円

保険料振込  
(予定)日

年 月 日

合計保険料

円

ご注意

1.申込書(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、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。  
2.この保険契約には、ご加入後にご連絡いただくべき事項(通知義務等)があり、保険契約の重要な事項に関する説明書類に記載しています。  
また、補償内容等の詳細は普通保険約款・特別約款・特約において定めていますのでご確認ください。  
3.★印の項目は大切な項目です。訂正時には申込人(加入者)の訂正印(または訂正署名)をお願いします。  
4.制度⑥⑦において、この保険契約では、事故発生の際に保険契約に関する事項等について、損害保険会社等の間で確認することがあります。  
5.制度⑧⑨において、保険契約に関する事項等について、一般社団法人 日本損害保険協会に登録され損害保険会社等の間で共用することがあ  
るほか、事故発生の際に損害保険会社等の間で確認することがあります。

該当する制度にご加入の場合のみご記入ください。

制度 ⑤

1枚目裏面の告知書にご記入ください。

別表 I

制度 ⑥・⑦

施設職員数申告書

政府労災加入の全従業員数

名

一部のみの除外は  
できません。

うち特別加入者(含む)

名

【特別加入者明細】

符号

氏 名

フリガナ

性 別

生年月日

職 務

1

男・女

2

男・女

別表 II

制度 ⑥・⑦

総合リスク診断評価シート ※★

パンフレットP12の質問事項を参照のうえ、「はい」  
に該当する場合、回答欄に○をつけてください。

質 問

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

回答欄

質 問

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

XⅢ

回答欄

別表 III

制度 ⑧

最高稼働人数申告書

以下の通りに相違ありません。

対象者の職務

対象者数

★最高稼働人数

名

名

別表 IV

制度 ⑨

被保険者明細書

符号

氏 名

フリガナ

性 別

生年月日

職 務

加入タイプ

合計

1

男・女

I Ⅱ

2

男・女

I Ⅱ

3

男・女

I Ⅱ

名

|                         |                   |                                           |   |      |                                                                                                                                                                                |  |           |                                                                                        |   |   |
|-------------------------|-------------------|-------------------------------------------|---|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 申 込 日                   | 年                 | 月                                         | 日 | 保険期間 | 2025年1月1日午後4時から2026年1月1日午後4時 <small>(制度④⑤は2025年1月1日午前0時から2025年12月31日午後12時<br/>制度③⑧は2024年12月31日午後4時から2025年12月31日午後4時)</small>                                                   |  | 中途加入補償開始日 | 年                                                                                      | 月 | 日 |
| 申 込 人<br>(加入者)          | 施 設 所 在 地         | (フリガナ)<br>〒                               |   |      | 施設長(法人代表者)印を<br>押印してください。<br><br>保険契約の重要な事項に<br>関する説明書類を受け取<br>るとともに、申込内容が意<br>向に沿ったものであること<br>を確認し、個人情報の取扱<br>いに同意のうえ加入を申し<br>込みます。また、「ご加入内<br>容確認事項」について確認<br>しました。<br><br>印 |  |           | 施 設 コード                                                                                |   |   |
|                         | ※★施 設 名           | (フリガナ)                                    |   |      |                                                                                                                                                                                |  |           |                                                                                        |   |   |
|                         | ★代 表 者<br>役 職・氏 名 | (フリガナ)<br>記名してください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。) |   |      |                                                                                                                                                                                |  |           |                                                                                        |   |   |
| ★法人名                    |                   | (フリガナ)                                    |   |      |                                                                                                                                                                                |  |           | 施 設 コード                                                                                |   |   |
| 事業種類                    |                   |                                           |   |      |                                                                                                                                                                                |  |           |                                                                                        |   |   |
| T E L                   |                   |                                           |   |      | F A X                                                                                                                                                                          |  |           | 担 当 者                                                                                  |   |   |
| E-mail                  |                   |                                           |   |      |                                                                                                                                                                                |  |           | 本メールアドレス宛にお役立ち情報の送付を希望<br>しますか?記入がない場合は「はい」となります。 <span>(はい)</span> <span>(いいえ)</span> |   |   |
| 併 設 施 設                 |                   | <span>(あり)</span> →                       |   |      | 別紙明細書にご記入ください。                                                                                                                                                                 |  |           |                                                                                        |   |   |
| 加入者証の送付先<br>(所在地と異なる場合) |                   | 〒                                         |   |      |                                                                                                                                                                                |  |           |                                                                                        |   |   |

ご加入する制度に○印をして、該当制度にご記入ください。補償内容はパンフレットをご覧ください。

|                |                                                              |                       |                                |           |             |                     |              |              |       |          |      |
|----------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------|-------------|---------------------|--------------|--------------|-------|----------|------|
| 賠償責任           | ○                                                            | ①保育施設賠償責任             | 基礎単位                           | 総定員数      | 加入タイプ・単位保険料 | —                   | 保険料算出の基礎     | ※★<br>( )名   | 保 険 料 | 円        |      |
|                | ○                                                            | ②エレベーター賠償責任           | 基礎単位                           | 台数        | 加入タイプ・単位保険料 | 3,970円              | 保険料算出の基礎     | ※★<br>× ( )台 | 保 険 料 | 円        |      |
|                | ○                                                            | ③保育施設事故見舞金            | 基礎単位                           | 口数(最大5口)  | 加入タイプ・単位保険料 | 年間平均在籍人数<br>※★被保険者数 | × ( )名       | 保 険 料        | 円     |          |      |
| 見舞金等           | ○                                                            | ★【加入プラン】              | I 型                            | 1,000円    | × ( )口      | × ( )名              | 保 険 料        | 円            |       |          |      |
|                |                                                              |                       | II 型                           | 500円      | × ( )口      | × ( )名              | 保 険 料        | 円            |       |          |      |
|                | ★＜申告内容＞ 保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数(年間平均在籍人数)として次のとおり申告いたします。 |                       |                                |           |             |                     |              |              |       |          |      |
|                |                                                              |                       | 月                              | 確認日       | 在籍人数        | 月                   | 確認日          | 在籍人数         | 月     | 確認日      | 在籍人数 |
|                |                                                              |                       | 4月                             | 4/1       | 名           | 7月                  | 7/1          | 名            | 10月   | 10/1     | 名    |
|                |                                                              |                       | 5月                             | 5/1       | 名           | 8月                  | 8/1          | 名            | 11月   | 11/1     | 名    |
|                |                                                              |                       | 6月                             | 6/1       | 名           | 9月                  | 9/1          | 名            | 12月   | 12/1     | 名    |
|                |                                                              |                       | 申告対象期間 2023年4月1日より2024年3月31日まで |           |             | 合計在籍人数              |              |              | 名     | 年間平均在籍人数 | 名    |
| 役員災害補償         | ○                                                            | ④「民間保育園の子育て支援事業」参加者傷害 | 年間延べ参加人数                       | 口数(最大10口) | 年間延べ参加人数    | ※★被保険者数             | (1円単位)       | 保 険 料        | 円     |          |      |
|                |                                                              |                       | 5円                             | × ( )口    | × ( )名      | 保 険 料               | 円            |              |       |          |      |
|                | ★＜申告内容＞ 保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度の被保険者数(年間延べ参加人数)として次のとおり申告いたします。 |                       |                                |           |             |                     |              |              |       |          |      |
|                |                                                              |                       | 開催月                            | 回数        | 参加人数        | 開催月                 | 回数           | 参加人数         | 開催月   | 回数       | 参加人数 |
|                |                                                              |                       | 4月                             | 回         | 名           | 7月                  | 回            | 名            | 10月   | 回        | 名    |
|                |                                                              |                       | 5月                             | 回         | 名           | 8月                  | 回            | 名            | 11月   | 回        | 名    |
|                |                                                              |                       | 6月                             | 回         | 名           | 9月                  | 回            | 名            | 12月   | 回        | 名    |
|                |                                                              |                       | 申告対象期間 2023年4月1日より2024年3月31日まで |           |             | 年間延べ回数              |              |              | 回     | 年間延べ参加人数 | 名    |
| 役員災害補償         | ○                                                            | ⑤従業員の不誠実行為            | 被保証人数                          | ★I 型      | II 型        | III 型               | ※★<br>× ( )名 | 保 険 料        | 円     |          |      |
|                | ○                                                            | ⑥施設職員労災上乗せ            | 別表 I                           | 職員数       | ⑥のみ加入       | 2,360円              | ※★<br>× ( )名 | 保 険 料        | 円     |          |      |
|                | ○                                                            | ⑦使用者賠償責任              |                                | ⑦のみ加入     | 1,220円      | ※★<br>× ( )名        | 保 険 料        | 円            |       |          |      |
| ○              | ⑥⑦セットの場合                                                     | 別表 I・II               | 職員数                            | ⑥⑦セットの場合  | 2,750円      | ※★<br>× ( )名        | 保 険 料        | 円            |       |          |      |
| 役員災害補償         | ○                                                            | ⑧非常勤職員災害              | 別表 III                         | 職員数       | 標準プラン       | 6,300円              | ※★<br>× ( )名 | 保 険 料        | 円     |          |      |
|                |                                                              |                       |                                | スリムプラン    | 3,150円      | ※★<br>× ( )名        | 保 険 料        | 円            |       |          |      |
|                | ○                                                            | ⑨理事長・施設長災害            | 別表 IV                          | 人数        | I 型         | 40,000円             | ※★<br>× ( )名 | 保 険 料        | 円     |          |      |
|                |                                                              |                       |                                | II 型      | 45,000円     | ※★<br>× ( )名        | 保 険 料        | 円            |       |          |      |
| 保険料振込<br>(予定)日 |                                                              | 年                     |                                | 月         | 日           | 合計保険料               | 円            |              |       |          |      |

ご注意

1. 申込書(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、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。  
2. この保険契約には、ご加入後にご連絡いただくべき事項(通知義務等)があり、保険契約の重要な事項に関する説明書類に記載しています。  
また、補償内容等の詳細は普通保険約款・特別約款・特約において定めていますのでご確認ください。  
3. ★印の項目は大切な項目です。訂正時には申込人(加入者)の訂正印(または訂正署名)をお願いします。  
4. 制度⑥⑦において、この保険契約では、事故発生の際に保険契約に関する事項等について、損害保険会社等の間で確認することがあります。  
5. 制度⑧⑨において、保険契約に関する事項等について、一般社団法人 日本損害保険協会に登録され損害保険会社等の間で共用することがあるほか、事故発生の際に損害保険会社等の間で確認することがあります。

該当する制度にご加入の場合のみご記入ください。

制度 ⑤ 1枚目裏面の告知書にご記入ください。

別表 I 制度 ⑥・⑦ 施設職員数申告書

|              |   |                    |                           |   |
|--------------|---|--------------------|---------------------------|---|
| 政府労災加入の全従業員数 | 名 | 一部のみの除外は<br>できません。 | うち特別加入者 <span>(含む)</span> | 名 |
|--------------|---|--------------------|---------------------------|---|

【特別加入者明細】

|    |     |      |     |      |     |
|----|-----|------|-----|------|-----|
| 符号 | 氏 名 | フリガナ | 性 別 | 生年月日 | 職 務 |
| 1  |     |      | 男・女 |      |     |
| 2  |     |      | 男・女 |      |     |

別表 II 制度 ⑥・⑦ 総合リスク診断評価シート ※★

パンフレットP12の質問事項を参照のうえ、「はい」に該当する場合、回答欄に○をつけてください。

|     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 質 問 | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 |
| 回答欄 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 質 問 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | XⅢ |
| 回答欄 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

別表 III 制度 ⑧ 最高稼働人数申告書

以下の通りに相違ありません。

|        |      |         |
|--------|------|---------|
| 対象者の職務 | 対象者数 | ★最高稼働人数 |
|        | 名    | 名       |

別表 IV 制度 ⑨ 被保険者明細書

|    |     |      |     |      |     |       |    |
|----|-----|------|-----|------|-----|-------|----|
| 符号 | 氏 名 | フリガナ | 性 別 | 生年月日 | 職 務 | 加入タイプ | 合計 |
| 1  |     |      | 男・女 |      |     | ① ②   | 名  |
| 2  |     |      | 男・女 |      |     | ① ②   |    |
| 3  |     |      | 男・女 |      |     | ① ②   |    |