【表面】

2027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）　振込No.

申込日 2026年 11月 25日　保険期間 2027年1月1日午後4時から2028年1月1日午後4時（制度⑥⑩は2026年12月31日午後4時から2027年12月31日午後4時／制度⑦は2027年1月1日午前0時から2027年12月31日午後12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）オオサカシテュウオウクキタハマ　〒540-8677　大阪市中央区北浜4-3-1
- ※★施設名：（フリガナ）トクベツヨウゴロウジンホーム ミツイソウ　特別養護老人ホーム 三井荘
- ★代表者役職・氏名：（フリガナ）リジチョウ　スミトモタロウ　理事長　住友太郎

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。
（理事長 乃理事 印長 大理事）

★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
施設コード：31000
事業種類：特別養護老人ホーム
TEL：06-6233-1536　FAX：06-6233-15XX　担当者：住友太郎
E-mail：osakafukushi@xxx.or.jp　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。（はい いいえ）
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⑧⑨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⑥⑩⑪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。

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
賠償責任	○	①社会福祉施設賠償責任	総定員数	施設区分 Ⓐ Ⓑ Ⓒ	※★（　）名	円
		(1)基本保険料	総定員数	★ Ⅰ型 Ⅱ型	※★（80）名	●,●●● 円
	○	②福祉事業者総合賠償責任		(2)付加保険料 ★対象業務毎の売上高 a.※（10,000）万円 b.※（　）万円 c.※（5,000）万円 / ★売上高合計 a+b+c（15,000）万円 / 単位保険料 Ⅰ型：×47 Ⅱ型：×40		●,●●● 円
	○	③医療行為賠償責任	診療所数	69,670円	※★×（1）施設	●,●●● 円
	○	④エレベーター賠償責任	台数	3,970円	※★×（　）台	円
見舞金等	○	⑤入所者・利用者見舞金	定員数	充実プラン 3,600円	※★×（　）名	円
				標準プラン 1,900円	※★×（80）名	●,●●● 円
				スリムプラン 1,400円	※★×（　）名	円
	○	⑥入所者傷害事故	定員数	標準プラン 12,800円	※★×（　）名	円
				スリムプラン 2,560円	※★×（80）名	●,●●● 円
	○	⑦従業員の不誠実行為 ＊継続施設のみ	被保証人数	★ Ⅰ型 Ⅱ型 Ⅲ型	※★×（25）名	●,●●● 円
役職員災害補償	○	⑧施設職員労災上乗せ 別表Ⅰ	職員数	⑧のみ加入 2,360円	※★×（　）名	円
	○	⑨使用者賠償責任 別表Ⅰ		⑨のみ加入 1,220円	※★×（　）名	円
	○	⑧⑨セットの場合 別表Ⅰ・Ⅱ		⑧⑨セットの場合 2,750円	※★×（25）名	●,●●● 円
	○	⑩非常勤職員災害 別表Ⅲ	職員数	標準プラン 6,300円	※★×（10）名	●,●●● 円
				スリムプラン 3,150円	※★×（　）名	円
	○	⑪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	●,●●● 円

保険料振込（予定）日：2026年 11月 25日　合計保険料　●,●●● 円

該当する制度にご加入の場合のみご記入ください。

制度⑦ 1枚目裏面の告知書にご記入ください。

別表Ⅰ 制度⑧・⑨ 施設職員数申告書
政府労災加入の全従業員数 25 名（一部のみの除外はできません。）　うち特別加入者（含む）1 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	住友太郎	スミトモ タロウ	男・女	S50.6.10	理事長
2			男・女		

別表Ⅱ 制度⑧・⑨ 総合リスク診断評価シート ※★
パンフレットP16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⑩ 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
登録ヘルパー	30 名	10 名

別表Ⅳ 制度⑪ 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	住友太郎	スミトモ タロウ	男・女	S50.6.10	理事長	Ⅰ Ⅱ	
2	住友優子	スミトモ ユウコ	男・女	S49.12.24	施設長	Ⅰ Ⅱ	2 名
3			男・女			Ⅰ Ⅱ	

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
HASG66-2609

労働災害（労働災害総合保険）
⑨使用者賠償責任（労働災害総合保険）：会社名／保険種類／満期日 令和 年 月 日／支払限度額 万円

傷害
⑥入所者傷害事故（準記名式契約(全員付保)特約セット 団体総合生活補償保険(標準型)）
⑩非常勤職員災害（準記名式契約(一部付保)特約セット 団体総合生活補償保険(標準型)）
⑪理事長・施設長災害（団体総合生活補償保険(標準型)）
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。（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）

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
	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）を請求または受給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 回／合計金額 円

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。
別紙明細書も同様に記入してください。
加入申込票の加入者控（3枚目）は
郵送せずお手元に保管ください。

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記載内容をご確認の上申込票と共にご返送ください。

加入者証の送付先が申込施設所在地と異なるときはご記入ください。

※ご継続の施設さまのみ
⑦従業員の不誠実行為損害補償制度にご加入の場合はもれなくご記入ください。
ご記入内容を訂正の際は申込人（加入者）印で訂正印を押印してください。

【裏面】

⑦従業員の不誠実行為損害補償制度にご加入の方 ＊継続施設のみ

（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	特別養護老人ホーム			
※★ 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年超
※★ 金銭等の出納事務について	権限のある部署・役職	・理事長 / ・施設長 / ・総務部長 / ・経理課長	金額の範囲	・1,000,000 円まで / ・500,000 円まで / ・300,000 円まで / ・100,000 円まで
※★ 被保証人	被保証人の範囲	全従業員	合計人数	25 名
※★ 金銭・商品有価証券の取扱	被保証人の1人、1日当りの最大取扱金額	100,000 円	被保証人の手元に滞留する期間	1日 / 5日以内 / 5日超
※★ 社内検査	（検査委員、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） 年に一度、施設長が抜き打ち検査を実施。 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 ＊身元保証に関する法律に基づき、従業員が事業者に対して債務を負った場合に、その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（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。） ☑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（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。

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。

該当するサービスのみご記入ください。
a. 介護保険法・障害者総合支援法に基づく訪問介護等
b. 配食サービス、福祉用具貸与、販売
c. 居宅介護支援業務

入所施設、通所施設へ同時加入の場合、合算した定員数をご記入ください。

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。

2027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）

振込No.

申込日	年　月　日	保険期間	2027年1月1日午後4時から2028年1月1日午後4時（制度⑥⑩は2026年12月31日午後4時から2027年12月31日午後4時 制度⑦は2027年1月1日午前0時から2027年12月31日午後12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） 〒
※★ 施設名	（フリガナ）
★代表者役職・氏名	（フリガナ） 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。）

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）	施設コード	
事業種類			
TEL		FAX	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。 **はい**		
併設施設	**なし** → 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）	〒		

ご加入する制度に〇印をして、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
賠償責任	○	①社会福祉施設賠償責任	総定員数	施設区分 Ⓐ Ⓑ Ⓒ	※★（　）名	円
	○	②福祉事業者総合賠償責任 (1)基本保険料	総定員数	★ Ⅰ型 Ⅱ型	※★（　）名	円
		(2)付加保険料 ★対象業務毎の売上高 a. ※（　）万円 b. ※（　）万円 c. ※（　）万円 / ★売上高合計 a+b+c（　）万円 / 単位保険料 Ⅰ型：×47 Ⅱ型：×40				円
		対象業務の内訳については、パンフレットをご参照ください。				
	○	③医療行為賠償責任	診療所数	69,670円	※★×（　）施設	円
	○	④エレベーター賠償責任	台数	3,970円	※★×（　）台	円
見舞金等	○	⑤入所者・利用者見舞金	定員数	充実プラン 3,600円	※★×（　）名	円
				標準プラン 1,900円	※★×（　）名	円
				スリムプラン 1,400円	※★×（　）名	円
	○	⑥入所者傷害事故	定員数	標準プラン 12,800円	※★×（　）名	円
				スリムプラン 2,560円	※★×（　）名	円
	○	⑦従業員の不誠実行為 ＊継続施設のみ	被保証人数	★ Ⅰ型 Ⅱ型 Ⅲ型	※★（　）名	円
役職員災害補償	○	⑧施設職員労災上乗せ 別表Ⅰ	職員数	⑧のみ加入 2,360円	※★×（　）名	円
	○	⑨使用者賠償責任 別表Ⅰ		⑨のみ加入 1,220円	※★×（　）名	円
	○	⑧⑨セットの場合 別表Ⅰ・Ⅱ		⑧⑨セットの場合 2,750円	※★×（　）名	円
	○	⑩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
	○	⑪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⑧⑨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⑥⑩⑪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 ⑦　1枚目裏面の告知書にご記入ください。

別表Ⅰ　制度 ⑧・⑨　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 ⑧・⑨　総合リスク診断評価シート ※★

パンフレットP16の質問事項を参照のうえ、“はい”に該当する場合、回答欄に〇をつけてください。

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 ⑩　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 ⑪　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

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**

HASG66-2609

※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

①社会福祉施設賠償責任（賠償責任保険）
②福祉事業者総合賠償責任（福祉事業者総合賠償責任保険）
③医療行為賠償責任（医師・医療施設賠償責任保険）
④エレベーター賠償責任（昇降機賠償責任保険）

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）

会社名		保険金額支払限度額	万円
保険種類		過去3年間における事故 （あり）	ありの場合 回

見舞金

⑤入所者・利用者見舞金（レジャー・サービス施設費用保険）

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）

会社名		保険種類	
満期日	令和　年　月　日	保険金額	万円

身元信用

⑦従業員等の不誠実行為（身元信用保険）

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）

会社名			
保険種類		支払限度額	万円

労働災害

⑧施設職員労災上乗せ（労働災害総合保険）
⑨使用者賠償責任（労働災害総合保険）

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）

会社名		保険種類	
満期日	令和　年　月　日	支払限度額	万円

傷害

⑥入所者傷害事故（準記名式契約（全員付保）特約セット団体総合生活補償保険（標準型））
⑩非常勤職員災害（準記名式契約（一部付保）特約セット団体総合生活補償保険（標準型））
⑪理事長・施設長災害（団体総合生活補償保険（標準型））

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。（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）

	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
合計	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。（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 回	合計金額 円

⑦従業員の不誠実行為損害補償制度にご加入の方　＊継続施設のみ

（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（申込日時点）	全社員数	名	平均勤続年数	5年以下 / 10年以下 / 10年超
※★ 金銭等の出納事務について	権限のある部署・役職	・	金額の範囲	・ 円まで
		・		・ 円まで
		・		・ 円まで
		・		・ 円まで
※★ 被保証人	被保証人の範囲	全従業員	合計人数	名
※★ 金銭・商品有価証券の取扱	被保証人の1人、1日当りの最大取扱金額	円	被保証人の手元に滞留する期間	1日 / 5日以内 / 5日超
※★ 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 ＊身元保証に関する法律に基づき、従業員が事業者に対して債務を負った場合に、その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（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。） □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（ありの場合は、以下ご記入下さい）	□あり　□なし		
	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。