

『あんしん総合保険制度』 加入申込票（新規加入用） 記入例

申込日をご記入ください。

役職名のない法人印の場合は、
代表者の個人印を押印ください。

財団の会員番号をご記入ください。
なお、不明の場合は空欄でも結構です。

事業者についてご記入ください。

加入者証・継続資料を事業者住所以外への送付を希望される場合、ご記入ください。

中途加入は毎月1日スタートです。
※保険料のお支払い等は前月の20日までにおこなってください。

事業所についてご記入ください。

複数の事業所で加入される場合は、こちらにご記入ください。
4ヵ所以上の事業所でご加入される場合は、別途、事業所リストを添付してください。

公益財団法人 日本訪問看護財団 御中			
『あんしん総合保険制度』 加入申込票（新規加入用）			
当保険は公益財団法人 日本訪問看護財団が保険契約者となり公益財団法人 日本訪問看護財団の会員のみにご加入いただける団体契約です。			
財団会員番号	123456	（賠償責任保険の場合の被保険者）	申込日 年 4 月 1 日
事業者名 （法人名） （被保険者）	（フリガナ） カブシキカイシャ アンシン 株式会社 あんしん		
代表者名 ご担当者名	（フリガナ） ホウモン タロウ （代表者名） 訪問 太郎	（フリガナ） ホウモン ハナコ （ご担当者名） 訪問 花子	訪問
事業者住所 （法人住所）	（フリガナ） トウキョウト シバヤク ○-○-○ 〒150-0001 東京都 渋谷区 ○-○-○		
加入者証・継続資料 送付先 （事業者住所以外に送付する場合、ご記入ください。）	（フリガナ） 〒 -	（フリガナ） （宛先）	
TEL	03-1234-5678	FAX	03-5678-1234
保険期間	年 月 1 日 午前0時から 2020年 5月 1 日 午後4時まで		
※中途加入の場合、毎月20日までに加入申込票を送付のうえ、郵便局またはゆうちょ銀行から保険料をお振込みいただいたものについて、翌月1日午前0時より補償開始となります。			
『あんしん総合保険制度』 加入明細書			
No	事業所名・所長名・事業所住所	業務従事者感染症見舞金補償 ご加入の場合に記入してください	
1	（フリガナ） アンシンホウモンカイゴステーション （事業所名） あんしん訪問介護ステーション （フリガナ） トウキョウト シバヤク ○-○-○ （事業所住所） 〒150-0001 東京都 渋谷区 ○-○-○	（フリガナ） ホウモン イチロウ （所長名） 訪問 一郎	5 名
2	（フリガナ） アンシンケアプランセンター （事業所名） あんしんケアプランセンター （フリガナ） トウキョウト シバヤク △-△-△ （事業所住所） 〒150-0001 東京都 渋谷区 △-△-△	（フリガナ） ホウモン シロウ （所長名） 訪問 二郎	5 名
3	（フリガナ） アンシンヘルパーステーション （事業所名） あんしんヘルパーステーション （フリガナ） トウキョウト シバヤク △-△-△ （事業所住所） 〒150-0001 東京都 渋谷区 △-△-△	（フリガナ） ホウモン サブロー （所長名） 訪問 三郎	2 名

《保険料記入欄》 保険料の計算はパンフレットの保険料計算シートをご利用ください。

ステーション賠償責任保険 （賠償責任保険普通保険約款、特約）		※ステーション数	1	保険料 ①	10,500 円
※年間売上高（下記に該当する対象サービスすべての売上高の合計額）		1,121 万円	売上高確認印 （原簿記載の印を捺入るのみ）	②	6,610 円
※千円単位を四捨五入した万円単位をご申告ください。 前年と同じ売上高の場合、根拠資料をご提出いただけます。					
※対象サービス ☐ をチェック		☒ 訪問介護 ☐ 訪問入浴介護 ☐ 通所介護 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 通所リハビリテーション ☐ 短期入所生活介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 福祉用具レンタル ☐ 特定施設入居者生活介護 ☒ 居宅介護支援事業者 ☐ その他（ ）			
什（じゅう）器・備品損害補償 （財産補償特約・持出財産補償特約セット） 介護施設・社会福祉施設事業者総合保険		☒ 耐 火（ 1 ） ☐ 非耐火（ ）		③	19,800 円
※職業・職種（対象にチェックを入れてください。）		口数	※最高稼働人数	保 険 料	
業務従事者 ☐ 保健師 ☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 看護補助者 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 介護支援専門員 ☒ 事務職員 ☐ 介護職員 ☐ その他（ ）		1	2 名	6,000 円	
業務従事者 ☐ 保健師 ☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 看護補助者 ☒ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 事務職員 ☒ 介護職員 ☐ その他（ ）		2	10 名	60,000 円	
業務従事者 ☐ 保健師 ☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 看護補助者 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 事務職員 ☐ 介護職員 ☐ その他（ ）					
※職業・職種毎に口数を分ける場合は、各々ご記入ください。 同様の職業・職種で違う口数を選択することはできません。		合計	12 名	④	66,000 円
業務従事者感染症見舞金補償 （災害等補償費用保険）		業務従事者 （保険加入対象職員数）	12 名	保険料 （ご加入の際は補償規定必須）	⑤ 10,080 円
サイバーセキュリティ保 （包括職業賠償責任保険普通約款、サイバーセキュリティ特約・フロントデスク用賠償特約・情報漏えい補償特約セット）		年間売上高（すべての事業の売上高）※ ※千円単位を四捨五入した万円単位 の売上高をご申告ください。 前年と同じ売上高の場合、根拠資料をご提出いただけます。	30,012 万円	売上高確認印 （原簿記載の印を捺入るのみ）	⑥ 49,020 円
保 険 料 合 計		① + ② + ③ + ④ + ⑤ + ⑥ =		162,010 円	
保 険 料 振 込 日		月 日 （予定）			

◆重要事項のご説明について確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。
（注）保険料確定特約の内容を承認し、保険料の確定精算を省略することに同意します。
※印の項目については、ご加入時に事実を正確にお申し出いただく義務（告知義務）があります。故意や重大な過失により、お申し出いただかなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なっている場合には、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。ご加入に際して、今一度ご確認ください。

（引受保険会社） あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
（2018年12月承認） A18-103853

「ステーション賠償責任保険」に加入を希望される場合、ご記入ください。

「居宅サービス事業者・居宅介護支援事業者賠償責任保険」に加入を希望される場合、ご記入ください。
※1円単位の端数が出た場合、四捨五入した10円単位の保険料をご記入ください。

「什（じゅう）器・備品損害補償」に加入を希望される場合、耐火・非耐火、口数、保険料をご記入ください。

職業・職種、口数、最高稼働人数、保険料をご記入ください。
※職業・職種毎に口数を分ける場合は、各々ご記入ください。
同様の職業・職種で違う口数を選択することはできません。

「業務従事者感染症見舞金補償」に加入を希望される場合、ご記入ください。

年間売上高と保険料をご記入ください。
保険料の計算はパンフレットの保険料計算シートをご利用ください。
※1円単位の端数が出た場合、四捨五入した10円単位の保険料をご記入ください。

①+②+③+④+⑤の合計保険料をご記入ください。

保険料振込日（予定）をご記入ください。

『あんしん総合保険制度』 加入申込票（新規加入用）

当保険は公益財団法人 日本訪問看護財団が保険契約者となり公益財団法人 日本訪問看護財団の会員のみがご加入いただける団体契約です。

財団会員番号	(賠償責任保険の場合の被保険者)		申 込 日	年	月	日
事業 者 名 (法 人 名) (被保険者)	(フリガナ)					印
代 表 者 名 ご担当者名	(フリガナ) (代表者名)		(フリガナ) (ご担当者名)			
事業 者 住 所 (法人住所)	(フリガナ)					
	〒 -					
	TEL		FAX			
加入者証・継続資料 送付先 事業者住所以外 に送付する場合、 ご記入ください。	(フリガナ)		(フリガナ)			
	(宛先)					
	〒 -		TEL FAX			
保 険 期 間	年 月 1 日 午前0時 から 2020 年 5 月 1 日 午後4時まで					

* 中途加入の場合、毎月20日までに加入申込票を送付のうえ、郵便局またはゆうちょ銀行から保険料をお振込みいただいたものについて、翌月1日午前0時より補償開始となります。

『あんしん総合保険制度』 加入明細書

《加入事業所名記入欄》

No.	事業所名・所長名・事業所住所		業務従事者感染症見舞金補償 (ご加入の場合に記入してください)			
1	(フリガナ) (事業所名)	(フリガナ) (所長名)	(業務従事者)			
			名			
	(フリガナ) (事業所住所) 〒 -	事業所番号(10桁)				
2	(フリガナ) (事業所名)	(フリガナ) (所長名)	(業務従事者)			
			名			
	(フリガナ) (事業所住所) 〒 -	事業所番号(10桁)				
3	(フリガナ) (事業所名)	(フリガナ) (所長名)	(業務従事者)			
			名			
	(フリガナ) (事業所住所) 〒 -	事業所番号(10桁)				

《保険料記入欄》 保険料の計算はパンフレットの保険料計算シートをご利用ください。

ステーション賠償責任保険 (賠償責任保険普通保険約款、 訪問看護事業者特別約款、特約)	※ステーション数		保険料	①	円
住宅サービス事業者・ 居宅介護支援事業者 賠償責任保険(注) (賠償責任保険普通保険約款、 介護保険事業者・ 社会福祉施設特別約款、特約)	※年間売上高(下記に該当する対象サービスすべての売上高の合計額)		売上高確認印 (居宅賠償責任保険加入者のみ)	印	保険料 ②
	※千円単位を四捨五入した万円単位の売上高をご申告ください。 前年と同じ売上高の場合、 根拠資料をご提出いただきます。	万円			
※対象サービス □ をチェック	□ 訪問介護 □ 訪問入浴介護 □ 通所介護 □ 訪問リハビリテーション □ 通所リハビリテーション □ 短期入所生活介護 □ 短期入所療養介護 □ 認知症対応型共同生活介護 □ 福祉用具レンタル □ 特定施設入居者生活介護 □ 居宅介護支援事業者 □ その他()				
什(じゅう)器・備品損害補償 (財産補償特約・持出財産補償特約セット 介護保険・社会福祉事業者総合保険)	□ 耐 火 () □ 非耐火 ()		③		
業 務 従 事 者 傷 害 保 険 (就業中のみの傷害危険 補償(事業主・役員・従業員) 特約セット 団体総合生活補償保険)	※ 職業・職種 (対象にチェックを入れてください。)		□数	※最高稼働人数	保 険 料
	□ 保健師 □ 看護師 □ 准看護師 □ 看護補助者 □ 理学療法士 □ 作業療法士 □ 介護支援専門員 □ 事務職員 □ 介護職員 □ その他()		□	名	円
	□ 保健師 □ 看護師 □ 准看護師 □ 看護補助者 □ 理学療法士 □ 作業療法士 □ 介護支援専門員 □ 事務職員 □ 介護職員 □ その他()		□	名	円
保険期間中に最高 稼働人数に変更が 発生した場合には 通知をいただきます。	※職業・職種毎に□数を分ける場合は、 各々ご記入ください。 同種の職業・職種で違う□数を選択 することはできません。		合 計	名	④
					円
業務従事者感染症 見舞金補償 (災害等補償費用保険)	※業務従事者 (保険加入対象職員数)	名	保険料 (ご加入の際は補償規定必須)		⑤
サイバーセキュリティ 保 険 (包括職業賠償責任保険普通 保険約款、サイバーセキュ リティ特約・プロテクト費 用補償特約・情報漏えい限 定補償特約セット)	年間売上高 (すべての事業の売上高) ※ ※千円単位を四捨五入した万円単位 の売上高をご申告ください。 前年と同じ売上高の場合、 根拠資 料をご提出いただきます。	万円	売上高確認印	印	⑥
保 険 料 合 計		① + ② + ③ + ④ + ⑤ + ⑥ =			
保 険 料 振 込 日		月 日 (予定)			

◆重要事項のご説明について確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。
(注) 保険料確定特約の内容を承認し、保険料の確定精算を省略することに同意します。
※印の項目については、ご加入時に事実を正確にお申し出いただく義務(告知義務)があります。故意や重大な過失により、お申し出いただかなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なっている場合には、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。ご加入に際して、今一度お確かめください。

◎ステーション賠償責任保険（賠償責任保険普通保険約款、訪問看護事業者特別約款、各種特約セット）

《告知事項》 ※同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか（有）の場合は詳細をご記入ください。

無 有の場合➡	保 険 種 類	会 社 名	支 払 限 度 額 ・ 保 険 金 額	満 期 日

◎居宅サービス事業者・居宅介護支援事業者賠償責任保険
（賠償責任保険普通保険約款、介護保険事業者・社会福祉施設特別約款、各種特約セット）

《告知事項》 ※同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか（有）の場合は詳細をご記入ください。

無 有の場合➡	保 険 種 類	会 社 名	支 払 限 度 額 ・ 保 険 金 額	満 期 日

◎什器・備品損害補償（財産補償特約・持出財産補償特約セット 介護保険・社会福祉業者総合保険）

《告知事項》 ※同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか（有）の場合は詳細をご記入ください。

無 有の場合➡	保 険 種 類	会 社 名	支 払 限 度 額 ・ 保 険 金 額	満 期 日

◎業務従事者傷害保険（就業中のみの傷害危険補償（事業主・役員・従業員）特約セット 団体総合生活補償保険）

《告知事項》 ※同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか（有）の場合は詳細をご記入ください。

無 有の場合➡	保 険 種 類	会 社 名		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	満 期 日
			合 計	Y36	Y37	T28	

◎業務従事者感染症見舞金補償（約定履行費用保険）

《告知事項》 ※同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか（有）の場合は詳細をご記入ください。

無 有の場合➡	保 険 種 類	会 社 名	支 払 限 度 額 ・ 保 険 金 額	満 期 日

◎サイバーセキュリティ保険（包括職業賠償責任保険普通保険約款、サイバーセキュリティ特約・プロテクト費用補償特約・情報漏えい限定補償特約セット）

《告知事項》 ※同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか（有）の場合は詳細をご記入ください。

無 有の場合➡	保 険 種 類	会 社 名	支 払 限 度 額 ・ 保 険 金 額	満 期 日