

“まごころワイド” 加入申込票		申込日	年	月	日	申込区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 追加	登録番号	新規の場合は空白のままでお出しください	
加入申込人 ※事業所毎にお申し込みください	フリガナ					必ず <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください ◎事業区分項目は必ずご記入願います				
	法人名	(印)				高 齢 福 祉	<input type="checkbox"/> 訪問介護・夜間対応型訪問介護 (ホームヘルプサービス)	<input type="checkbox"/> 通所介護・認知症対応型通所介護 (デイサービス)	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム
	フリガナ						<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (デイケア)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設・介護老人福祉施設入所者生活介護 (特別養護老人ホーム)	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム
	事業所名/団体名						<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・短期入所療養介護 (ショートステイ)	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	<input type="checkbox"/> ケアハウス
	代表者	役職	氏名		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 (ケアプラン作成)		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 ※具体的に記入してください ()	<input type="checkbox"/> 介護保険外サービス ※具体的に記入してください ()	
	担当者	役職	氏名		事業区分					
	住所 (加入証の送付先)	〒		様方			主たる対象者	旧法施設支援	自立支援法	
T E L			F A X		<input type="checkbox"/> 知的障害者	更生施設 (<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所)	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ)	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練/生活訓練)	
E-mail					<input type="checkbox"/> 身体障害者	療養施設 (<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所)	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
保険対象施設住所	注) 上記住所とは異なる施設の場合のみ記入				<input type="checkbox"/> 精神障害者	授産施設 (<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所)	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型/B型)	
保険期間	年		月		日	~	年	3月31日		
					<input type="checkbox"/> 障害児	<input type="checkbox"/> 通勤寮	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム)	
					<input type="checkbox"/> 特定なし	<input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設	<input type="checkbox"/> 児童デイサービス	<input type="checkbox"/> 共同生活介護 (ケアホーム)	<input type="checkbox"/> その他 ()	
					その他					
					<input type="checkbox"/> 配食サービス	<input type="checkbox"/> 高齢者サロン	<input type="checkbox"/> 障害者サロン	<input type="checkbox"/> 子育てサロン	<input type="checkbox"/> 児童養護施設	
					<input type="checkbox"/> 児童館・学童クラブ	<input type="checkbox"/> 老人福祉センター	<input type="checkbox"/> 母子生活支援施設	<input type="checkbox"/> その他 ()		

▼賠償責任補償制度		お客様控え裏面の記入例をご覧ください			
プラン	事業区分	専有延床面積	掛金	加入月係数	保険料
PLAN I-A	①通所型施設	専有延床面積 ※ m ²	× 44円	×	円
	②入所型施設	専有延床面積 ※ m ²	× 22円	×	円
PLAN I-B	派遣型事業	1日の平均利用者数	事業者の年間活動日数	× 6円	保険料
		※ 人	× 日		
PLAN I-C	配食事業	1日の平均配食数	事業者の年間活動日数	× 3円	保険料
		※ 食	× 日		
PLAN I-Aオプション	医療行為賠償責任補償制度	対象施設数	× 68,620円		保険料
		※ 施設			円

▼傷害見舞金補償制度		お客様控え裏面の記入例をご覧ください			
事業区分	事業区分	専有延床面積	掛金	加入月係数	保険料
PLAN II-A	①福祉施設 (通所型/入所型)	専有延床面積 ※ m ²	× 40円	×	円
	②派遣型事業	1日の平均活動従事者数	事業者の年間活動日数	× 20円	円
PLAN II-Aオプション	感染症補償制度	従業員数	掛金	保険料	
		※ 人	× 380円	円	

事業区分	登録利用者数	掛金	加入月係数	保険料
PLAN II-B	①通所型施設/派遣型事業	※ 人	× 200円	×
	②入所型施設	※ 人	× 600円	×

PLAN II-C	敷地内建物の延床面積	加入月保険料	保険料
施設来館者	~1000 m ²	※加入月保険料がそのまま保険料となります	円
	1001 m ² ~2000 m ²		円

PLAN II-D	車両登録番号	車両の法定乗車定員数	加入月保険料	保険料
送迎用車両		人	×	円
		人	×	円
		人	×	円

合計保険料	円
-------	---

オプション	什器・備品損害補償制度	<input type="checkbox"/> 見積りを依頼する
-------	-------------	-----------------------------------

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又は事務所の形態 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

【※他の保険契約】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 回

【プランII-D 送迎用車両 (普通傷害保険)】
同種の危険を補償する他の保険契約等 (傷害疾病保険、普通傷害保険、家族傷害保険、交通事故傷害保険) がありますか? (注:他の保険会社等における契約を含みます。)
ありのときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」と告知したことになります。

保険の種類	死亡・後遺障害保険金額	入院保険金日額	通院保険金日額	過去3年間にケガで保険金(5万円以上)を請求または受領したことがありますか? (注:他の保険会社等への保険金請求を含みます。)
	万円	円	円	回数
	万円	円	円	金額
合計	万円	円	円	回

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
				12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
				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	410
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	810

加入月保険料 (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~
法定乗車定員1人あたり	1,000	950	899	850	800	750	700	650	549	451	350	250	150	100

取扱代理店 記入欄
エスアールエム ■受付日: 年 月 日 ■受付者: 振込確認 月 日 加入証発行 月 日