

2025年度

(公財) 介護労働安定センター 総合補償制度 事務手引き

お問い合わせの際は、加入者証または加入依頼書に記載のコード番号をお伝えいただきますと照会がスムーズです。

- **事故報告書**

介護事業者賠償責任補償

傷害補償

情報漏えい補償

カスハラ対応・雇用関連賠償

感染症見舞金制度

- **変更届**

- **中途脱退報告書**

弊社ホームページの「書類ダウンロード」からも各種書式が印刷できます。

URL : <https://www.zenpuku.co.jp>

事故報告

事故報告書にご記入の上、全福サービスまで FAX でご報告ください。

FAX 番号 : 03 - 3258 - 8878 ※原本の郵送は不要です。

※保険金請求権には時効（3 年）がありますのでご注意ください。

介護事業者賠償責任補償 記入例

- 保険会社の担当から、記載されたご担当者様あてに事故内容の確認、今後の流れ等についてご連絡があります。できるだけ連絡の取りやすい携帯番号、時間帯などご記入ください。
- 被害を受けた利用者、第三者の方の氏名、症状、事故の状況などをご記入ください。
- 事故報告後は、保険金請求書類に記載されている東京海上日動火災保険(株)の事故対応担当者までご連絡ください。
- 保険会社は示談交渉を行いません。保険会社の担当部署の助言に基づき被害者の方との示談交渉を進めていただくことになります。

介護事業者賠償責任補償事故報告書（人身・物損・経済的事故）

わかる範囲でできるだけ具体的に記入下さい。 コード番号

法人 事業所名			
所在地			
ご担当者	氏名	TEL	ご希望の時間帯
フリガナ 被害者氏名			年齢 男・女
事故日時	年 月 日 (午前・午後 時 分頃)		
事故場所			
事故のあった 提供サービス ○をしてください	通所介護・訪問介護・グループホーム・ショートステイ・福祉用具関係・居宅介護支援・ 障害者支援法に基づくサービス 介護老人福祉施設・住宅型有料老人ホーム・介護老人保健施設 サービス付き高齢者向け住 宅・その他（ ）		
人身事故（該当項目に○をしてください）			
事故発生場所	①居室 ②廊下 ③食堂 ④浴室 ⑤トイレ ⑥送迎中 ⑦その他（ ）		
事故形態	①転倒 ②転落 ③誤嚥 ④その他（ ）		
ケガの内容	骨折 打撲 すり傷 やけど 窒息 死亡 その他（ ）		
ケガの部位	頭部・顔・頸部・胸部・腹部・腰部・大腿骨・下肢 その他（ ） 右・左・後		
事故時の状況	①介助中 ②単独で行動中 ③付添・リハビリ中 ④その他（ ）		
事故状況詳細			
物損事故・ケアプラン作成ミス等（該当項目に○をしてください）			
事故発生場所	①利用者宅 ②事業所内 ③その他（ ）		
事故形態	①破損 ②紛失 ③盗難 ④ケアプラン作成ミス ⑤その他（ ）		
事故時の状況	①介助中 ②食事中 ③清掃中 ④洗濯中 ⑤その他（ ）		
事故状況詳細			
損害物について	購入日： 年 月 日	受傷者について 既往症・認知症の有無	
購入金額		医者や家族から特に注意されていた点	
購入先			
修理可能か：可・否（修理見積り 円）		入・通院見込み	
交渉状況（被害者からの要求の有無 内容）	備考		

ご担当のご氏名・電話番号、被害者のご氏名、フリガナは必ずご記入ください。

事故が起きた提供サービスに○をしてください

人身事故、または物損事故、ケアプラン作成ミスそれぞれに状況をご記入ください。

見込みの日数、金額などが不明の場合は、未記入のままご提出ください。

介護事業者賠償責任補償事故報告書（人身・物損・経済的事故）

わかる範囲でできるだけ具体的に記入下さい。

コード番号

法人 事業所名			
所在地			
ご担当者	氏名	TEL	ご希望の時間帯
フリガナ 被害者氏名			年齢 男・女
事故日時	年 月 日（午前・午後 時 分頃）		
事故場所			
事故のあった 提供サービス ○をしてください	通所介護・訪問介護・グループホーム・ショートステイ・福祉用具関係・居宅介護支援・ 障害者支援法に基づくサービス 介護老人福祉施設・住宅型有料老人ホーム・介護老人保健施設 サービス付き高齢者向け住 宅・その他（ ）		
人身事故（該当項目に○をしてください）			
事故発生場所	①居室 ②廊下 ③食堂 ④浴室 ⑤トイレ ⑥送迎中 ⑦その他（ ）		
事故形態	①転倒 ②転落 ③誤嚥 ④その他（ ）		
ケガの内容	骨折 打撲 すり傷 やけど 窒息 死亡 その他（ ）		
ケガの部位	頭部・顔・頸部・胸部・腹部・腰部・大腿骨・下肢 その他（ ） 右 ・ 左 ・ 後		
事故時の状況	①介助中 ②単独で行動中 ③付添・リハビリ中 ④その他（ ）		
事故状況詳細			
物損事故・ケアプラン作成ミス等（該当項目に○をしてください）			
事故発生場所	①利用者宅 ②事業所内 ③その他（ ）		
事故形態	①破損 ②紛失 ③盗難 ④ケアプラン作成ミス ⑤その他（ ）		
事故時の状況	①介助中 ②食事中 ③清掃中 ④洗濯中 ⑤その他（ ）		
事故状況詳細			
損害物について		受傷者について	
購入日： 年 月 日		既往症・認知症の有無	
購入金額：		医者や家族から特に注意されていた点	
購入先：			
修理可能か：可・否（修理見積り 円）		入・通院見込み：	
交渉状況（被害者からの要求の有無 内容）		備考	

（個人情報の利用目的）本状記載の個人情報については、保険金支払手続きのために利用させていただきます

法人コードまたは事業所コードがわかる場合はご記入ください。

- ① 保険会社からの書類は、法人または事業所宛に送付されますので、住所のご記入をお願いします。
- ② ケガをされた方が役員・個人事業主の場合は、サービス実施記録、シフト表、勤務管理表のいずれか介護業務に従事中であったことが確認できる資料を必ず添付してください。

傷害補償（介護事業者用）事故報告書 （死亡・後遺障害・入院・通院）			
報告日 年 月 日			
保険種別：介護労働安定センター団体傷害保険			
以下に事故内容を記入の上、速やかに轉全福サービス宛にFAXしてください。			
負傷者氏名	昭和・平成 年 月 日		性別 男・女
負傷者住所	TEL		
コード番号	代表者名		
法人名			
法人住所			
事業所名			
事業所住所	TEL		
事故の内容	事故日	年 月 日	午前 午後 時 分頃
	事故場所	都・道 府・県	区・市 町 村
	事故状況		
傷病治療の内容	傷病部位	傷病名	
	病院名	担当 医師名	
	入院	見込み・確定 月 日～ 月 日（日間）	
	通院	見込み・確定 月 日～ 月 日（日間）	
	手術	無・有（Kコード）	
	固定具	使用 無・有	
【就業中等の事故確認欄】 上記事項は、次のとおり就業中等の事故であることを確認いたしました。 （該当する事故A～Cに○をしてください） A. 仕事に従事中の事故 B. 仕事場所との通勤（往復）途上中の事故 C. 研修等に参加中または往復途上中の事故 確認者：（ ） 代表者氏名（署名・捺印） 印 TEL（ ） 【保険金請求書類の送付先確認】 保険金請求書類の送付は、 1 法人住所 2 事業所住所 に願います。 （該当する番号に○印をつけてください。）			
保険代理店確認印			

ケガをされた役職員の方の
情報をご記入ください。

必ず代表の方のご署名・捺
印を押してください。
ケガをされた方が役員・代表の
方の場合は、他の職員の方のご
署名・捺印をお願いします。

書類の送付先は、
1 法人住所、2 事業所住所
のいずれかに○をしてくだ
さい。

傷害補償（介護事業者用）事故報告書

（死亡・後遺障害・入院・通院）

報告日 年 月 日

保険種別：介護労働安定センター団体傷害保険

以下に事故内容を記入の上、速やかに(株)全福サービス宛にFAXしてください。

負傷者氏名	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	性別 男・女
負傷者住所	フリガナ	TEL	
	〒		
コード番号		代表者名	
法人名			
法人住所	〒		
事業所名			
事業所住所	〒		
TEL			

事故の内容	事故日	年 月 日	午前 午後	時	分頃
	事故場所	都・道 府・県	区・市 郡	町 村	
	事故状況				

傷病治療の内容	傷病部位		傷病名	
	病院名		担当 医師名	
	入院	見込み・確定	月 日～ 月 日	(日間)
	通院	見込み・確定	月 日～ 月 日	(日間)
	手術	無・有 (Kコード)	後遺障害（見込み）	
	固定具	使用 無・有	無・有 ()	

【就業中等の事故確認欄】

上記事項は、次のとおり就業中等の事故であることを確認いたしました。

（該当する事故 A～C に○をしてください）

- A. 仕事に従事中の事故
B. 仕事場所との通勤（往復）途上中の事故
C. 研修等に参加中または往復途上中の事故

確認者：()

代表者氏名 _____
（署名・捺印）

TEL () -

印

【保険金請求書類の送付先確認】

保険金請求書類の送付は、**1 法人住所 2 事業所住所** に願います。

（該当する番号に○印をつけてください。）

保険代理店確認印

（個人情報の利用の目的）本状記載の個人情報につきましては、保険金の支払い手続きのために利用させていただきます。

雇用関連賠償・カスハラ対応特約

事故報告書

【(公財)介護労働安定センター：総合補償制度】

コード番号	
法人 事業所名	
所在地	〒 Tel ()
連絡先担当者	絡先Tel () メールアドレス @
被害職員氏名	
訴え(被害)が あった日	年 月 日
訴え(被害) 内容	
施設の見解	
その他 特記事項	

(個人情報の利用の目的)本状記載の個人情報につきましては、保険金の支払い手続きのために利用させていただきます。

感染症見舞金制度 事故報告書

【(公財)介護労働安定センター：総合補償制度】

コード番号	
法人名 (住所・電話番号)	〒 TEL ()
事業所名 (住所・電話番号)	〒 TEL ()
連絡先担当者	連絡先TEL ()
感染症名	
罹患者氏名(年齢)	(年齢) 歳
感染の原因及び状況	[感染時期] 年 月 日 頃 [感染原因] [感染に至った経緯]
診断を受けた病院等の 名称・所在地等	(病院名) (所在地等) TEL ()
その他特記事項	

(個人情報の利用の目的) 本状記載の個人情報につきましては、保険金の支払い手続きのために利用させていただきます。

感染症見舞金領収証

御中

¥ 30, 000

感染症補償規程により、上記金額を領収しました。

年 月 日

〒

住所

氏名

印

(電話

)

法人名・住所の変更があるとき

・・・10 ページの変更届をご提出ください

- ① 変更する項目の旧・新内容、または追加するサービス等ご記入ください。
- ② 左下にご加入の法人名、代表者様氏名をご記入いただき、ご捺印の上 FAX でご提出ください。
- ③ 事業所追加の場合は追加保険料が発生する場合がありますので、全福サービスまでご照会ください。

※変更の場合、加入者証の再発行はございませんのでご了承ください。

解約するとき

・・・・・・・・・・11 ページの中途脱退報告書をご郵送ください。

- ① 脱退する月の月末までに原本を全福サービスにご郵送ください。

例) 12 月末脱退の場合 ⇒ 12 月末までに中途脱退報告書をご提出ください

郵送先： 〒101-0041

東京都千代田区神田須田町 1-4-8NCO 神田須田町 5 階

株式会社全福サービス 宛

- ② 脱退する月の翌月末頃、保険会社より返還保険料が振り込まれます。

※一部の事業閉鎖、または一部の職員の退職についての返金はありません。

FAX 送信先：株式会社全福サービス（０３－３２５８－８８７８）

（公財）介護労働安定センター 総合補償制度

変 更 届

（傷害補償、賠償責任補償、情報漏えい保険共通）

法 人コード	
事業所コード 一部の事業所のみ変更の場合	

変更事項	旧内容	新内容	変更 年月日
フリガナ			
法人・事業所名			
フリガナ			
代表者名			
所在地	〒	〒	
送付先 住所	〒	〒	
電話番号			
FAX 番号			
事業所名追加			

上記の通り変更しますので、報告します

報告日 年 月 日

法 人 名

事業所名

代表者名 印

電話番号

受 付

（個人情報の利用の目的）本状記載の個人情報につきましては、保険金の支払い手続きのために利用させていただきます。

郵送先: 〒101-0041 東京都千代田区神田須田町 1-4-8NC0 神田須田町 5 階 株式会社全福サービス

中途脱退報告書は脱退する月の月末までに原本を全福サービスにご郵送ください。

(公財)介護労働安定センター 総合補償制度
中途脱退報告書

年 月 日

コード番号

法人名 事業所名			
代表者名	印		
所在地	〒 TEL: - -		

解約希望日 月末

中途脱退報告書のご提出が解約希望日より遅れた場合は、代理店が受理した日の月末が解約日となります。

返戻保険料の振込口座は、以下にご記入ください。

※口座名義の必ずカタカナでご記入ください。

	☐ 賠償責任補償	☐ 傷害補償	☐ 情報漏えい補償
返 還 先	金融機関 (金融機関コード:)		
	本支店 (支店コード:)		
	預金種目(いずれかに○) 1. 普通 2. 当座 3. その他()		
	口座番号		
	口座名義 (カタカナでご記入ください)		

※ご解約の理由について、下記該当項目にチェックを入れてください。また、その他の場合は、可能な範囲で理由をご記入ください。

理由: ☐他の保険に加入したため ☐事業休止等のため ☐その他
(その他の理由:)

受 付

(個人情報の利用目的)本状記載の個人情報につきましては、保険事務手続きのために利用させていただきます。

MEMO 欄

コード番号を控えていただくと照会、お手続きの際に便利です

法人・事業所コード	法人名 事業所名	備考

保険代理店及び保険会社所在地等

◇保険代理店

株式会社全福サービス

(事故受付・補償内容に関するお問い合わせ)

所在地：〒101-0041 東京都千代田区神田須田町 1-4-8 N C O 神田須田町 5 階

T E L : 03-3252-2035

F A X : 03-3258-8878

◇幹事引受保険会社

東京海上日動火災保険株式会社 (担当課) 公務第一部公務第二課

所在地：〒102-8014 東京都千代田区三番町 6-4

※事故対応に関するお問い合わせは、事故受付後に届く保険金請求書類に記載されている東京海上日動火災保険(株)の事故対応担当者までご連絡ください。