

平成 27 年 1 月 5 日

各位

(特非)神奈川県障害者地域作業所連絡協議会

平成 27 年度民間社会福祉施設賠償責任保険について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、昨年末に標記の案内が郵送されております。契約を引き続き希望する事業所も必ず申込み必要がありますのでご注意ください。保険料が上がっている件につきましては加入事業所中で死亡事故もあり保険料が上がっております。小規模事業所は大きな事故もなく平成 26 年度まで活動しておりますが、くれぐれもご注意くださいますよう併せてお知らせいたします。

保険の加入申込締切：平成 27 年 3 月 9 日

(FAX で申込、保険料振込用紙送付する関係から早めに申し込まれますよう)

保険料振込締切：平成 27 年 3 月 16 日(申込後送付されます。)

通知および申込み不明の事業所は、県障作連HPからダウンロードください。

上記の締切にご注意くださいますようお願いいたします。

この保険の対象は、政令都市及び中核都横須賀市の事業所は除きます。

事 務 連 絡

平成 26 年 12 月 22 日

各 位

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会

事務局長 鈴木 和 夫

平成 27 年度民間社会福祉施設賠償責任保険のご案内について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、標記保険につきましては、平成 25 年度より各社会福祉施設などにおいて保険料をご負担いただく保険制度として実施しておりますが、平成 27 年度の保険掛額について、下記の理由により、改定させていただくこととなりました。

つきましては、料金改定の趣旨をお汲み取りいただき、平成 27 年度に任意の加入を希望される施設におかれましては、来る 3 月 9 日 (月) までに所定用紙にご記入のうえ、FAX にて本会宛お申込みいただきますようお願い申し上げます。

なお、加入に伴う保険料については、後日請求書を発行いたしますので、指定期日までにご入金くださいますよう併せてお願い申し上げます。

平成26年12月22日

各 位

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会

事務局長 鈴木 和 夫

平成27年度民間社会福祉施設賠償責任保険のご案内について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、標記保険につきましては、平成25年度より各社会福祉施設などにおいて保険料をご負担いただく保険制度として実施しておりますが、平成27年度の保険掛額について、下記の理由により、改定させていただくこととなりました。

つきましては、料金改定の趣旨をお汲み取りいただき、平成27年度に任意の加入を希望される施設におかれましては、来る3月9日（月）までに所定用紙にご記入のうえ、FAXにて本会宛お申込みいただきますようお願い申し上げます。

なお、加入に伴う保険料については、後日請求書を発行いたしますので、指定期日までにご入金くださいますよう併せてお願い申し上げます。

1. 保険料金改定について

●保険料の設定については、損害率や保険制度の安定化を図るための設定をしており、当該の賠償責任保険における過去十数年の累積の損害率は187%となっています。

しかしながら、損害率を保険制度化安定の目安となる60%と設定し、さらに近年の事故発生状況等から平成27年度の保険掛額の抑制を図り、当面、一人あたり360円を掛額の単価といたします。（※補償内容は26年度と同様）

2. 補償内容

- ① 施設賠償（施設の管理不備に起因する事故）
対人・対物とも1事故5,000万円限度（年間限度なし）
- ② 生産物賠償（施設が提供する生産物に起因する事故）
対人・対物とも1事故5,000万円限度（年間限度5,000万円）
- ③ ①、②とも1事故免責金額3万円

（事務担当）

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会

福祉サービス推進部 社会福祉施設・団体担当

電 話：045-311-1424

FAX：045-313-0737

このお知らせは、
平成 27 年度県所管域施設などが対象です。

(※県所管域とは、横浜市、川崎市、相模原市及び横須賀市を除いた市町村)

各 位

社会福祉法人
神奈川県社会福祉協議会
会 長 篠 原 正 治

平成 27 年度民間社会福祉施設賠償責任保険(任意加入)のご案内

民間社会福祉施設賠償責任保険につきましては、平成 25 年度より各社会福祉施設などにおいて保険料をご負担の上、任意での加入という方式として実施してまいりました。
是非ともご加入いただきますようお願いいたします。

○ 民間社会福祉施設賠償責任保険とは

施設の不備や欠陥または職員の業務上の管理、指導ミスおよび施設が提供した飲食物等により利用者、第三者の身体に障害を与え、または財物損害を与えた場合、施設が法律上負うべき損害賠償金や訴訟費用などを保険金としてお支払いし、円滑な施設の運営ができるようにするための保険です。

本制度は、神奈川県社会福祉協議会を団体保険契約者とし、各社会福祉施設などを加入依頼人・記名被保険者とする団体契約です。

○ ご契約期間(保険期間)

平成 27 年 4 月 1 日 (午後 4 時) ~ 平成 28 年 4 月 1 日 (午後 4 時)

○ 保険料 (別途事業所 1 件につき事務手数料 350 円が必要です。)

【年間加入の場合】

保険の対象者 1 名につき 360 円 (年額) × 加入施設・団体の定員数

※「定員数」が定められていない場合は取扱代理店 (株) アレーテーまでお問い合わせください。

【中途加入の場合】

●毎月の振込締切日までにお振込みをいただくことにより、翌月 1 日からの中途加入が可能です。(毎月の振込締切日までにご入金を確認できない場合は、翌月以降のご加入となります。)

●ご契約期間 (保険期間) は、中途加入日から平成 28 年 4 月 1 日となります。

中途加入日	申込締切日	振込締切日	保険料(円)
5月1日	3月31日	4月15日	330 × 定員数
6月1日	4月30日	5月15日	300 × 定員数
7月1日	5月29日	6月12日	270 × 定員数
8月1日	6月30日	7月15日	240 × 定員数
9月1日	7月31日	8月14日	210 × 定員数
10月1日	8月31日	9月11日	180 × 定員数
11月1日	9月30日	10月15日	150 × 定員数
12月1日	10月30日	11月13日	120 × 定員数
1月1日	11月30日	12月15日	90 × 定員数
2月1日	12月25日	1月15日	60 × 定員数
3月1日	1月29日	2月12日	30 × 定員数

※申込締切日および振込締切日にご注意ください。

○ **被保険者**（P. 3「保険の対象者」参照）

任意加入施設・団体

○ **各種帳票について**（P. 4「各種帳票の一覧」参照）

○ **ご加入方法**

- ① 必要事項を記入の上、平成27年3月9日（中途加入の場合は、申込締切日）までに福祉サービス推進部までFAXにてご送付ください。
- ② FAX到着後、**請求書**を送付しますので、3月16日（中途加入の場合は、振込締切日）までに保険料に事務手数料350円を加えて全額をお振り込みください。
※期日までにお振込みが無い場合は翌月以降のご加入となります。お振込みは余裕を持ってお手続きください。
- ③ 「加入者証」をご希望の場合は、取扱代理店（株）アレーターまでお問い合わせください。

○ 保険の対象者

次に掲げる神奈川県下の民間社会福祉施設（経営主体が民間の団体であること）など

※横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市に所在する施設などは除きます。

	任意加入対象となる施設・団体	
児童関係	母子生活支援施設、保育所、子育て支援センター、病後児保育実施施設、地域育児センター	
高齢者関係	軽費老人ホーム（ケアハウス・A型）・養護老人ホーム	
障害関係	障害福祉サービス	療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援及び共同生活援助
	福祉ホーム	
	視聴覚障害者情報提供施設、地域活動支援センター、地域相談支援・計画相談支援を行う事業所、市町村の地域生活支援事業を行う事業所（うち障害者が利用する事業所）	
障害児関係	障害児入所施設	福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設
	障害児通所支援事業所	児童発達支援事業所、医療型児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所、保育所等訪問支援事業所
	障害児相談支援事業所	
その他	救護施設、授産施設、隣保事業施設、宿泊施設、婦人保護施設	

○ このような事故などによる賠償が対象となります。（これはあくまでも一例です）

- ・ 移動中、職員の介助ミスで入居者が、バランスを崩しケガをした。
- ・ 入浴介助中、職員が目を離した間に入所者が転んでケガをした。
- ・ 施設の手すり古く滑りやすく、利用者が手を滑らせてケガをした。
- ・ 施設行事で施設外へ旅行中、職員が目を離した隙に展示物を壊した。
- ・ 利用者が、施設へ来館されている方の車に、誤って傷を付けた。
- ・ 作業中、職員の指導ミスで利用者が機械に挟まれケガをした。
- ・ 利用者が、作業器具運搬中に職員の指導が不適切で転倒しケガをした。
- ・ 受託している児童が、目を離した隙に一緒に遊んでいた子供にケガを負わせた。
- ・ 施設で出したお弁当が原因で食中毒が起きた。

○ このような事故などによる賠償は対象となりません。（これはあくまでも一例です）

- ・ 施設側に責任のない事故。
- ・ 契約者または被保険者の故意。
- ・ 被保険者の所有物や、使用する物が壊れたり、無くなったりした場合。
- ・ 被保険者の使用人に生じた事故。
- ・ 地震、噴火、洪水、津波またはこれらに関連のある火災その他類似の事故。
- ・ 環境汚染。ただし、突発的な事故により、急激に拡散された汚染物質による場合はお支払いの対象となります。
- ・ 航空機、自動車、車両または、銃器の所有、使用または管理に起因する事故。

※同じような賠償請求でも状況、原因等によって対象とならない場合もありますのでご注意ください。

○●○各種帳票の一覧○●○

下記手続きを行う場合は、リーフレット内の各種帳票をご使用ください。

平成27年度として加入を希望される場合

年度途中で定員数や住所の変更・加入施設の廃止がある場合

『加入申込書』

P.6

- ◆申込締切：3月9日（月）
- ◆保険料振込み締切：3月16日（月）

『変更・廃止届』

P.7

- ◆随時受付けております。

下記手続きを行う場合は、神奈川県社会福祉協議会ホームページ（※1）より帳票をダウンロードしてご使用ください。

事故が発生した場合

事故の処理が完了

年度途中で加入を希

『事故発生報告書』

- ◆事故発生14日以内に提出ください。

『事故完了報告書』

- ◆事故処理が完了しましたら提出ください。

『加入申込書』

P.6

- ◆5月1日以降の加入からの受付となります。
※加入用紙に加入日をご記入ください。

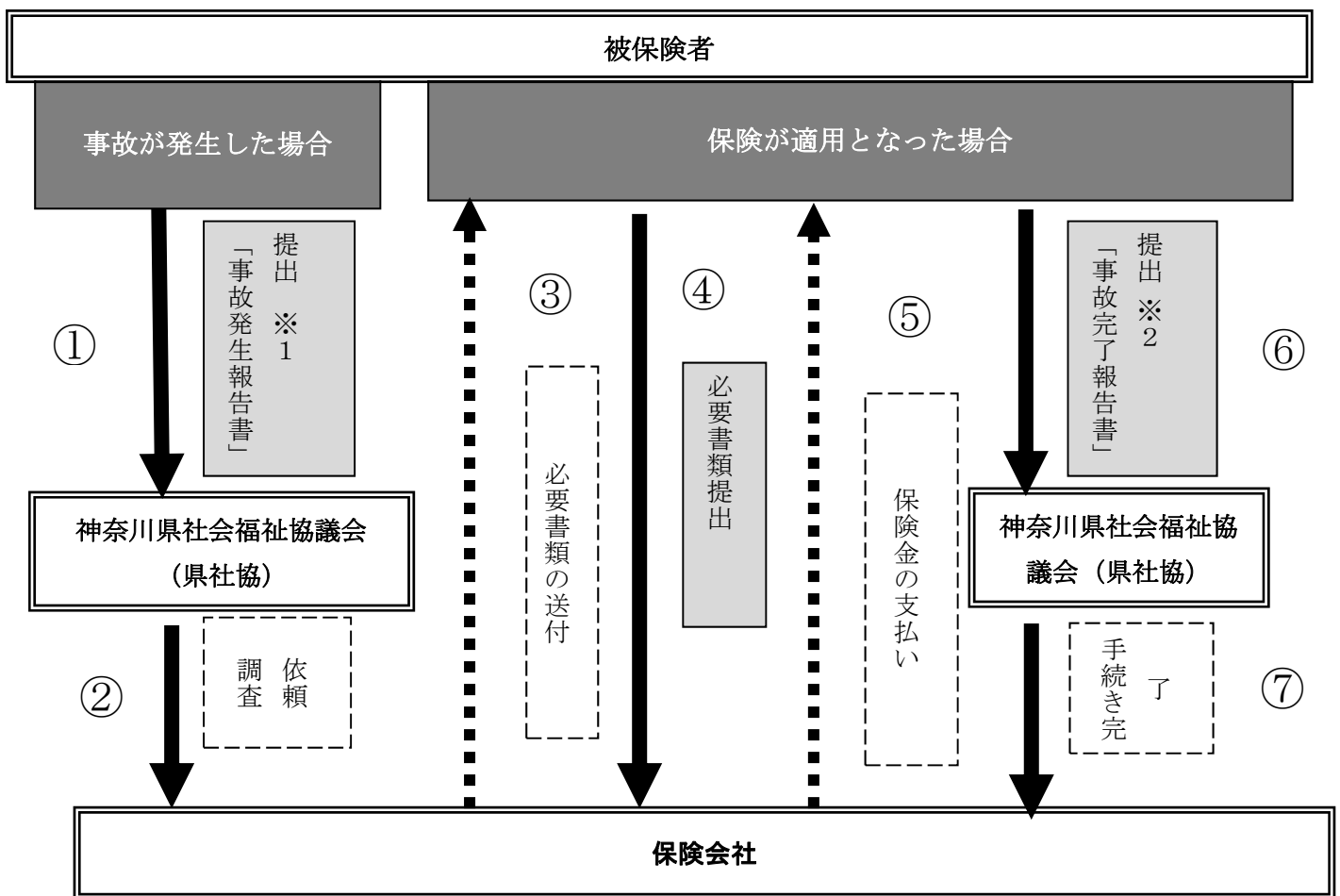
（※1） 神奈川県社会福祉協議会のホームページは下記となります。ご不明な点がございましたらお問い合わせください。

<http://www.knsyk.jp/>

○損害賠償額の限度

担保条件	人物の区分	補償限度額			1事故の免責額
		1名につき	1事故につき	年間支払限度額	
施設賠償 (施設の管理不備に起因する事故)	対人	5000万円まで	5000万円まで	なし	30,000円
	対物	5000万円まで	5000万円まで	なし	
生産物賠償 (食中毒等に起因する事故)	対人	5000万円まで	5000万円まで	5000万円まで	
	対物	5000万円まで	5000万円まで	5000万円まで	

◇◇保険金請求手続きの流れ◇◇



※1 施設側に責任があると思われる事故が発生した場合、報告書を14日以内に本会へ提出してください。期限を過ぎた場合、受付できないことがあります。

また、被害者との間で賠償額を決定(示談)する場合には、必ず事前にご相談ください。承認がないまま被害者に対して損害賠償の全部又は一部の承認をされた場合には、保険約款により保険金が支払われないことがあります。

※2 事故の処理が完了しましたら、必要事項を記入し、本会へ提出してください。

※3 調査の結果、保険が適用とならない場合は、保険会社からご連絡いたします。

○保険契約者等

・保険契約者

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会

(担当) 福祉サービス推進部社会福祉施設・団体担当 TEL:045-311-1424

〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡 4-2

受付時間：平日の 9:00～17:00 (土・日・祝日・年末年始を除きます。)

・取扱代理店

株式会社アレーター

(担当) 吉井・野口 TEL:045-444-3039

〒221-0044 横浜市神奈川区東神奈川 1-8-7

受付時間：平日の 9:00～17:00 (土・日・祝日・年末年始を除きます。)

・引受保険会社

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 横浜支店営業第三課

〒231-0007 横浜市中区金王通 5-70 TEL : 045-201-6720

FAX 番号:045-313-0737

(福)神奈川県社会福祉協議会 福祉サービス推進部 社会福祉施設・団体担当 行

平成 27 年度民間社会福祉施設賠償責任保険

< 加入申込書 >

【加入期間 : 平成 年 月 1 日～平成 28 年 4 月 1 日】

(↑ご記入ください)

- (1) 本申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてご連絡ください。
- (2) 申込受付後に請求書を送付いたしますので、必ず期日までに保険料をお支払いください。
(期日までに所定の保険料を支払われたのち補償対象となります。)
- (3) 保険料に、別途事務手数料 (350 円) が加わります。

保険内容及び「平成 27 年度民間社会福祉施設賠償責任保険(任意加入)のご案内」を受領・確認し
<個人情報の取扱いに関する説明事項>に同意のうえ、保険契約の加入を申し込みます。

加入者情報	施設名		施設種別	
	住所	〒 -		
	定員数	名	(定員数) × 円 = 年間保険料	
			※保険料につきましては、「平成 27 年度民間社会福祉施設賠償責任保険(任意加入)のご案内」1 頁をご参照の上、ご記入ください	
	運営主体 (代表者名)			
	連絡先	TEL	FAX	
請求書送付先	施設または団体名			
	ご担当者名			
	住所	〒 -		

FAX 番号:045-313-0737

(福)神奈川県社会福祉協議会 福祉サービス推進部 社会福祉施設・団体担当 行

平成27年度民間社会福祉施設賠償責任保険

< 変更・廃止届 >

施設名			
ご担当者名		TEL	

- ◆ このような時は神奈川県社協へ FAX にてご連絡ください。
- ① 施設等が廃止された場合
 - ② 施設等の定員が変更された場合
 - ③ 住所・所在地・連絡先が変更された場合

★どちらかにチェックをお願いします。

変更

廃止

		変更前	変更後
加入者情報	施設名		
	施設種別		
	住所		
	定員数		
	運営主体 (代表者名)		
	電話番号		
	F A X		