

2020年8月25日

公益社団法人全国老人保健施設協会

会員各位

公益社団法人全国老人保健施設協会

### 新型コロナウイルス発症施設への職員派遣に対する傷害保険のご案内

拝啓 時下ますますご盛栄のこととお喜び申し上げます。

世界的に感染が拡大し深刻な事態を招いている新型コロナウイルスですが、介護の最前線で働く皆様は、利用者様の感染防止とご自身の感染予防に大変な気苦労とご苦労をされていることと思います。謹んで謝意を申し上げますと共に、是非ご自愛いただきこの難局を乗り越えていただきたいと願う次第でございます。

さて、新型コロナウイルス発生施設へ、老健施設（関連居宅事業所）から職員を派遣いただく際の、派遣元職員の感染への備えとして全老健用保険制度をご用意致しました。

●対象：全老健正会員施設及び同一法人が営む居宅介護事業所等  
自治体からの要請に基づき、新型コロナウイルス発症施設（クラスター含む）  
に対して、他施設から職員を派遣する派遣元の施設の職員を対象と致します。

●補償内容：  
派遣期間中に「急激かつ偶然な外来の事故」により、職員がケガ等をした場合  
保険期間中に新型コロナウイルス感染症を発病（無感染症を含む）した場合等

		補償額・保険料
補償内容	死亡・後遺傷害保険金額	5,000万円
	入院保険金日額	15,000円
	通院保険金日額	10,000円
保険料 (一人あたり)	保険期間15日まで	37,330円
	保険期間1ヶ月まで	62,130円

※ 上記は死亡・後遺傷害保険金額5,000万円のプランですが、上記以外も応じます。  
※ 保険期間中に発症したものが対象であるため、潜伏期間も加味し保険期間を設定致します。  
派遣期間終了日が派遣初日より5日目まで⇒保険期間15日まで  
派遣期間終了日が派遣初日より20日まで⇒保険期間1ヶ月まで

- 契約者：公益社団法人全国老人保健施設協会 会長 東 憲太郎
- 手続き：各派遣元の施設から個別に全老健共済会にお申込みいただきます  
(別添のヒアリングシートを記入いただきFAXにてご連絡をお願い致します。)
- 取扱い代理店：株式会社 全老健共済会
- 引受保険会社：東京海上日動火災保険株式会社

＜保険金がお支払となる主な場合＞

- ・保険期間中に「急激かつ偶然な外来の事故」により、職員がケガ等をした場合。
- ・保険期間中に新型コロナウイルス感染症を発病（無感染症を含む）し、その直接の結果として、下表に該当する場合。

	保険金の名称	保険金をお支払いする場合	お支払いする保険金の額	保険金の受取人
①	死亡保険金	発病の日からその日を含めて 180 日以内に死亡した場合	死亡・後遺障害保険金額の全額	死亡保険金受取人
②	後遺障害保険金	発病の日からその日を含めて 180 日以内に後遺障害が生じた場合	$\begin{aligned} & \text{死亡・後遺障害保険金額} \\ & \times \text{ 保険金支払割合} \\ & = \text{ 保険金の額} \end{aligned}$	被保険者
③	入院保険金	医師等の治療を必要とし、病院等または介護保険法に定める介護療養型医療施設もしくは介護医療院に、発病の日からその日を含めて 180 日以内に入院した場合。（※1） ただし、発病の日からその日を含めて入院保険金対象日数以内の期間の入院に限ります。	$\begin{aligned} & \text{入院保険金日額} \\ & \times \text{ 入院日数} \\ & = \text{ 保険金の額} \end{aligned}$ <p>ただし、同一の特定感染症について、入院保険金支払限度日数分の保険金額を限度とします。</p>	被保険者
④	通院保険金	医師等の治療を必要とし、病院等または介護保険法に定める介護療養型医療施設もしくは介護医療院に、発病の日からその日を含めて 180 日以内に通院した場合。 ただし、発病の日からその日を含めて通院保険金対象日数以内の通院に限ります。 また、被保険者が治療を終了した時以降の通院に対しては、通院保険金を支払いません。	$\begin{aligned} & \text{通院保険金日額} \\ & \times \text{ 通院日数} \\ & = \text{ 保険金の額} \end{aligned}$ <p>ただし、同一の特定感染症について、通院保険金支払限度日数分の保険金額を限度とします。</p>	被保険者

※1 新型コロナウイルス感染症に関する「入院」については、以下の通り要件緩和を実施致しております。

＜要件緩和について＞

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う病床数不足等の事情により、医師の指示に基づき臨時施設（ホテル等の宿泊施設を含みます。）または自宅において入院と同様の療養をする場合も「入院」として取り扱い、入院保険金等をお支払いたします（※2）。

（※2）医師の証明書等をご提出いただく場合に限りです。



FAX : 03-5425-6901 全老健共済会 事業部 保険事業課 行

(新型コロナウイルス感染施設への職員派遣に対する保険手当てについて)  
ヒアリングシート

1. 施設名 : \_\_\_\_\_
2. 施設住所 : 〒 \_\_\_\_\_
3. 電話番号 : \_\_\_\_\_
4. ご担当者 : \_\_\_\_\_
5. ご担当者メールアドレス : \_\_\_\_\_
6. 派遣先施設名 : \_\_\_\_\_
7. 自治体からの要請有無 : \_\_\_\_\_ 有 ・ 無 \_\_\_\_\_
8. 自治体からの派遣要請先 \_\_\_\_\_
9. 派遣対象者
  - ①氏名 : \_\_\_\_\_ 職種 : \_\_\_\_\_ 派遣期間 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - ②氏名 : \_\_\_\_\_ 職種 : \_\_\_\_\_ 派遣期間 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - ③氏名 : \_\_\_\_\_ 職種 : \_\_\_\_\_ 派遣期間 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - ④氏名 : \_\_\_\_\_ 職種 : \_\_\_\_\_ 派遣期間 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - ⑤氏名 : \_\_\_\_\_ 職種 : \_\_\_\_\_ 派遣期間 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
10. その他 : \_\_\_\_\_

		補償額・保険料
補償内容	死亡・後遺傷害保険金額	5,000万円
	入院保険金日額	15,000円
	通院保険金日額	10,000円
保険料 (一人あたり)	保険期間15日まで	37,330円
	保険期間1ヶ月まで	62,130円

- ※ 本保険は「全国老人保健施設協会」を契約者とする保険契約となりますので、保険料のご入金には「全国老人保健施設協会」へ行っていただきます。入金先については申し込み手続きとあわせてご案内申し上げます。
- ※ 本保険は包括契約とさせていただきます。補償開始後生じた人数変更や期間の変更につきましては、補償開始から1ヶ月が経過するタイミングで保険料の精算をさせていただきます。

取扱い代理店: 株式会社 全老健共済会 (担当: 亀田、田邊)

〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル6F

TEL : 03-5425-6900 FAX : 03-5425-6901