

ファミリー・サポート・センター実施自治体の皆さまへ

2026年度「感染症補償制度」のご案内

「感染症補償制度」はファミリー・サポート・センターの活動中、サービス提供会員が感染症に感染したことにより死亡または入通院した場合に、自治体が「感染症補償規定」に基づき支出した見舞金の費用を補償するものです。

今回ご案内の「感染症補償制度」をご契約いただくことで、より安心して提供会員が活動を行えるようになります。ファミリー・サポート・センターの皆さまにおかれましてはぜひご契約を検討ください。

なお、本制度では自治体が予め感染症補償規定を備え付けていただくことが前提となります。

<対象となる事業>

ファミリー・サポート・センター事業

<保険契約者・被保険者>

ファミリー・サポート・センター事業を実施する自治体等

※本保険は、被保険者（保険契約により補償を受けられる方をいいます。以下同様とします。）が別途定める感染症補償規定に基づき、ファミリー・サポート・センター登録のサービス提供会員に対して見舞金を支給することにより被保険者に生じる費用損害を補償する商品です。

ご契約内容をご確認ください。

ご契約・継続いただく前に保険商品をご希望に合致した内容となっていることを再度ご確認ください。保険申込書の記載事項等につきましては、重要事項のご説明にそってご確認ください。記載漏れ・記載誤りがある場合は、追記・訂正をお願いいたします。また、継続の場合は、現在のご契約内容についてもあわせてご確認ください。万が一、誤りがありましたら、女性労働協会までお問合せくださいますようお願いいたします。

一般財団法人 女性労働協会
三井住友海上火災保険株式会社
(2026年2月)

<商品正式名称・商品の仕組み>

約定履行費用保険（補償制度費用保険）

約定履行費用保険普通保険約款

+サイバーインシデント補償対象外特約・サイバーインシデント補償特約（自動セット）

+補償制度費用保険特約（ファミリー・サポート・センター用）

<補償する危険>

被保険者が別途定める感染症補償規定に基づき、給付対象者に対して見舞金等を支給することにより被保険者に生じる費用損害を補償します。

<給付対象者>

被保険者が実施するファミリー・サポート・センター事業の相互援助活動におけるサービス提供会員。ただし、被保険者である自治体に属する方（在住・在勤等）に限ります。

<補償する損害>

給付対象者が被保険者の業務の遂行に起因して、細菌・ウイルス等の病原体に感染したことによって感染症^(注)を発症し、その直接の結果として死亡または入通院した場合に、次に掲げる見舞金の給付を行うことによる被保険者の費用損害を補償します。

(1) 感染症葬祭見舞金

(2) 感染症入通院見舞金

(注) 対象とする感染症は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条に規定する感染症とし、五類感染症を除きます。ただし、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は五類感染症であり続ける限りにおいて対象とします。

<支払限度額>

給付対象者1名につき、保険期間中、次の額を上限とします。

| 見舞金の種類 | | 1名あたり支払限度額 |
|-----------|-----------|------------|
| 感染症葬祭見舞金 | | 1,000,000円 |
| 感染症入通院見舞金 | 入通院日数 | |
| | 15日以上 | 50,000円 |
| | 8日以上14日以下 | 30,000円 |
| | 4日以上7日以下 | 20,000円 |
| | 3日以下 | 10,000円 |

<保険期間中支払限度額>

保険期間中支払限度額は、給付対象者数^(注)に応じて次のとおりとします。

(注) 把握可能な直近の基準日から過去1年のサービス提供会員の実活動人数。

| 給付対象者数 | 保険期間中支払限度額 |
|--------|-------------|
| 50名以下 | 5,000,000円 |
| 51名以上 | 10,000,000円 |

<保険金をお支払いしない主な場合>

1. 約定履行費用保険普通保険約款における保険金を支払わない場合

三井住友海上は、次のいずれかに該当する事由によって生じた損害に対しては、保険金を支払いません。

- ① 保険契約者または被保険者（保険契約者または被保険者が法人である場合は、その理事、取締役または法人の業務を執行するその他の機関をいいます。）の故意または重大な過失。
- ② 被保険者でない方が保険金の全部または一部を受け取るべき場合においては、その方（その方が法人である場合は、その理事、取締役または法人の業務を執行するその他の機関をいいます。）の故意または重大な過失。ただし、他の方が受け取るべき金額については除きます。

2. 補償制度費用保険特約における保険金を支払わない場合

(1) 三井住友海上は、事故の発生が、直接であると間接であるとを問わず次のいずれかに起因する場合は、保険金を支払いません。

- ① 給付対象者の故意または重大な過失
- ② 見舞金を受け取るべき者の故意または重大な過失
- ③ 給付対象者の自殺行為、犯罪行為または闘争行為
- ④ 給付対象者の麻薬、あへん、大麻または覚醒剤、シンナーなどの使用
- ⑤ 給付対象者が法令に定められた運転資格^(注1)を持たないで、または、道路交通法（昭和35年法律第105号）第65条（酒気帯び運転等の禁止）第1項に定める酒気を帯びた状態での自動車または原動機付自転車の運転
- ⑥ 給付対象者の妊娠、早産、流産または外科的手術その他の医療処置。ただし、被保険者が別途規定する見舞金を支払うべき感染症を治療する場合を除きます。
- ⑦ 地震もしくは噴火またはこれらによる津波
- ⑧ 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動^(注2)
- ⑨ 核燃料物質^(注3)もしくは核燃料物質^(注3)によって汚染された物^(注4)の放射性、爆発性その他の有害な特性またはこれらの特性による事故
- ⑩ ⑦から⑨までの事由に随伴して生じた事由またはこれらに伴う秩序の混乱に基づいて生じた事由
- ⑪ ⑨以外の放射線照射または放射能汚染
- ⑫ 感染症補償規定に基づく金銭等の支払の不履行による損害賠償責任を負担することによって被る損害
- ⑬ 給付対象者が症状を訴えている場合であってもそれを裏付けるに足りる医学的他覚所見^(注5)のない感染症
- ⑭ 初年度契約締結時に既に発症している感染症
- ⑮ 待機期間中に発症した感染症

(2) 三井住友海上は、事故が発生していないにもかかわらず、被保険者が給付対象者に対する給付を行った場合は、保険金を支払いません。また、被保険者が三井住友海上との間で確認合意しない感染症補償規定に基づいて給付対象者に給付を行った場合は、保険金を支払いません。

(注1) 「法令に定められた運転資格」とは、運転する地における法令によるものをいいます。

(注2) 「暴動」とは、群衆または多数の者の集団の行動によって、全国または一部の地区において著しく平穏が害され、治安維持上重大な事態と認められる状態をいいます。

(注3) 「核燃料物質」とは、使用済燃料を含みます。

(注4) 「核燃料物質によって汚染された物」とは、原子核分裂生成物を含みます。

(注5) 「医学的他覚所見」とは、理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見をいいます。

<補償地域>

日本国内

<保険期間>

2026年度の保険期間は、2026年5月1日午後4時から2027年5月1日午後4時までです。なお、年度の途中からのご契約いただけますが、原則として保険期間は1年間となります。詳しくは女性労働協会または三井住友海上までご相談ください。

<待機期間>

初年度契約に限り、契約始期日から2週間を待機期間とさせていただきます。
※待機期間中に発症した感染症は対象外となります。

<保険料>

給付対象者1名あたりの年間保険料1,180円（最低保険料：5,000円）

※把握可能な直近の基準日から過去1年間のサービス提供会員の実活動人数でお申込みいただきます。

【保険料例】

前年の活動実績における実活動人数が20人の場合

$1,180円 \times 20名 = \underline{\text{年間保険料} 23,600円}$

前年の活動実績における実活動人数が3人の場合（最低保険料を適用）

$1,180円 \times 3名 = 3,540円 < 5,000円 \Rightarrow \underline{\text{年間保険料} 5,000円}$

<その他>

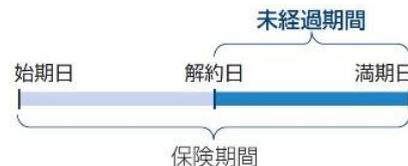
・満期返れい金・契約者配当金

この保険には、満期返れい金・契約者配当金はありません。

・解約と解約返れい金

ご契約を解約される場合は、女性労働協会または三井住友海上に速やかにお申出ください。

■解約の条件によって、解約日から満期日までの期間に応じて、解約返れい金を返還させていただきます。ただし、解約返れい金は原則として未経過期間（下図をご参照ください。）分よりも少なくなります。たとえば、保険期間1年・一時払のご契約を始期日から6か月後に解約した場合、解約返れい金は払い込んでいただいた保険料の半分よりも少なくなります。詳細は普通保険約款・特約をご確認ください。



■ご解約に伴い、保険料の払込状況等の条件によっては、解約日または満期日等までの期間払い込んでいただくべき保険料について追加のご請求をさせていただくことがあります。追加のご請求をさせていただいた場合には、その保険料を払い込んでいただく必要があります。

■保険契約を解約される場合、お払込みいただいた保険料が最低保険料未満のときは、その差額を払い込んでいただく必要があります。

＜ファミリー・サポート・センター 規定例＞
〇〇市ファミリー・サポート・センター感染症補償規定

第1条(本規定の目的)

本規定は、当事業者が行う事業(以下「当事業者の業務」という。)に従事する者(以下「業務従事者」という。)が、業務に関連して被った細菌・ウイルス等の病原体に感染したことによって発症した感染症に対して、当事業者が行う補償の内容を定めることにより、業務従事者の福利厚生の上昇を図ることを目的とする。

第2条(適用範囲―被補償者)

本規定は、業務従事者のうち、当事業者の作成、保管する名簿に記載された者(以下「被補償者」という。)に適用する。

第3条(用語の定義)

本規定において、使用する用語の説明は、次のとおりとする。

① 感染症

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第6条(定義)に規定する感染症をいい、五類感染症を除く。ただし、新型コロナウイルス(COVID-19)が五類感染症に分類された場合も、五類感染症であり続ける限りにおいて対象とする。

② 業務上の感染症

被補償者が当事業者の業務の遂行に起因して細菌・ウイルス等の病原体に感染したことによって発症した感染症をいう。発症の認定は、医師(被補償者が医師である場合は、被補償者以外の医師をいう。以下同様とする。)の診断によるものとする。

③ 待機期間

本規定の施行日が初年度契約始期日と同日になる場合は「本規定発行日から2週間以内」をいう。

第4条(補償を行う場合)

当事業者は、被補償者が当事業者の業務の遂行に起因して細菌・ウイルス等の病原体に感染したことによって発症した感染症に対して補償を行う。ただし「本規定発効日」より前に感染した場合には補償を行わない。なお、本規定発効日において被補償者でない者については、「本規定発効日」を「被補償者となった日」と読み替えて適用する。

第5条(補償を行わない場合)

当事業者は、次の各号に該当する事由によって生じた感染症に対しては補償を行わない。

- (1)被補償者の故意または重大な過失
- (2)被補償者の親族の故意または重大な過失
- (3)被補償者の自殺行為、犯罪行為または闘争行為
- (4)被補償者の麻薬、あへん、大麻または覚醒剤、シンナーなどの使用
- (5)被補償者が法令に定められた運転資格を持たないで、または酒によってもしくは麻薬、大麻、あへん、覚醒剤、シンナー等の影響により正常な運転ができないおそれがある状態で自動車または原動機付自転車を運転している間に生じた事故
- (6)被補償者の妊娠、早産、流産、または外科的手術その他の医療処置。ただし、当事業者が補償金を支払うべき感染症を治療する場合には、この限りでない。
- (7)地震もしくは噴火またはこれらによる津波
- (8)戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動
- (9)核燃料物質もしくは核燃料物質によって汚染された物の放射性、暴発性その他の有害な特性またはこれらの特性による事故
- (10)前3号に随伴して生じた事故またはこれらに伴う秩序の混乱に基づいて生じた事故
- (11)第9号以外の放射線照射または放射能汚染
- (12)待機期間中に被補償者が当事業者の業務の遂行に起因して細菌・ウイルス等の病原体に感染したことによって発症した感染症

第6条(感染症葬祭見舞金の支払)

- ① 当事業者は、被補償者が第4条(補償を行う場合)の感染症を発症し、その直接の結果として感染症発症日からその日を含めて180日以内に死亡したときは、別表1に掲げるとおり100万円を感染症葬祭見舞金として被補償者の遺族に支払う。
- ② 感染症葬祭見舞金を受けるべき遺族の順位は、配偶者、子、父、母、孫、祖父母および兄弟姉妹の順序とする。

第7条(感染症入通院見舞金の支払)

- ① 当事業者は、被補償者が第4条(補償を行う場合)の感染症を発症したとき、その直接の結果として、平常の生活ができなくなり、かつ入院(医師による治療が必要な場合において、自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいう。)もしくは通院した場合は、被補償者1名につきその日数に応じて別表1に掲げる額を、感染症入通院見舞金として被補償者に支払う。また見舞金の給付は、同一の原因による感染症について、1回に限ることとする。
- ② 当事業者は、いかなる場合においても、感染症発症日からその日を含めて180日を経過した後の期間における入通院に対しては見舞金を支払わない。
- ③ 被補償者が感染症入通院見舞金の給付を受けられる期間中新たに他の感染症を発症したとしても、当事業者は、重複して見舞金を支払わない。

第8条(感染の推定)

- ① 当事業者は、被補償者が当事業者の指示に基づき当事業者の業務に遂行した後、その業務を利用した者(患者等)が罹患していた感染症と同一名称の感染症を発症(医師の診断による。)した場合、業務の遂行に起因して感染したことによって感染症を発症したと推定する。
- ② 前項の規定は、他の感染源が特定できる場合には適用しない。

第9条(感染の報告義務)

- ① 被補償者は、感染したおそれが生じたとき、感染が判明したとき、または感染症が発症したときは、速やかにそれらの状況および身体の障害の程度を当事業者に報告しなければならない。
- ② 被補償者が当事業者の認める正当な理由がなく前項の規定に違反したとき、またはその報告について知っている事実を告げなかったときもしくは不実のことを告げたときは、当事業者は、補償金を支払わない。

第10条(補償金の請求)

- ① 被補償者(感染症葬祭見舞金については被補償者の遺族)が、補償金の支給を受けようとするときは、別表2に掲げる書類のうち当事業者が求めるものを提出しなければならない。
- ② 当事業者は、別表2に掲げる書類以外の書類を求めることができる。
- ③ 被補償者(感染症葬祭見舞金については被補償者の遺族)が、前2項の書類を提出しなかったとき、または提出書類に知っている事実を記載しなかったときもしくは不実の記載をしたときは、補償金を支払わない。

| 別表1 | 補償金額 |
|----------|-------|
| 死亡 | 100万円 |
| 入通院15日以上 | 5万円 |
| 入通院8～14日 | 3万円 |
| 入通院4～7日 | 2万円 |
| 入通院3日以内 | 1万円 |

| 別表2 | 必要書類 | 死亡 | 入通院 |
|-----|---|----|-----|
| 1 | 補償金請求書 | ● | ● |
| 2 | 当事業所の定める状況報告書 | ● | ● |
| 3 | 公の機関(やむを得ない場合は第三者)の事故証明書 | ● | ● |
| 4 | 死亡診断書または死体検案書 | ● | |
| 5 | 感染症の程度を証明する医師の診断書 | | ● |
| 6 | 入通院日数を記載した病院または診療所の証明書類 | | ● |
| 7 | 被補償者の戸籍謄本 | ● | |
| 8 | 被補償者の遺族の戸籍謄本 | ● | |
| 9 | 被補償者の印鑑証明書 | | ● |
| 10 | 委任を証する書類および委任する者の印鑑証明書 (補償金の請求を第三者に委任する場合) | ● | ● |

附則 この規定は、令和〇年〇月〇日より施行する

加入申込手続き

<お申込みから保険料のお払込みまで>

1. 5月1日保険始期の場合

(保険期間：2026年5月1日午後4時から2027年5月1日午後4時まで)

(1) 9ページの2026年度「感染症補償制度」年間加入依頼書(別紙1)に必要事項を記入し、FAX(03-3456-4420)にて女性労働協会へ送信してお申込みください。

(2) 加入依頼書FAXが到着後、女性労働協会より申込書をご郵送します。
記名・ご捺印いただき、**感染症補償規定(写)**とともに返送ください。

加入申込期限：3月19日(木) 締切です。

(3) 三井住友海上にて申込手續完了後、約1週間で三井住友海上から請求書をご郵送します。
請求書受取後、請求書にて指定の銀行口座に保険料をお振込ください。

保険料払込期限：6月30日(火) 締切です。

2. 中途加入の場合

(保険期間の例：2026年10月1日午後4時から2027年10月1日午後4時まで)

(1) 9ページの2026年度「感染症補償制度」年間加入依頼書(別紙1)に必要事項を記入し、FAX(03-3456-4420)にて女性労働協会へ送信してお申し込みください。

保険開始日：毎月1日です。(例：10月1日)

(2) 加入依頼書FAXが到着後、女性労働協会より申込書をご郵送します。
記名・ご捺印いただき、**感染症補償規定(写)**とともに返送ください。

加入申込期限：保険開始日の前月の10日締切です。(例：9月10日)

(3) 三井住友海上にて申込手續完了後、約1週間で三井住友海上から請求書をご郵送します。
請求書受取後、請求書にて指定の銀行口座に保険料をお振込ください。

保険料払込期限：保険開始日の翌月の末日締切です。(例：11月30日)

上記記載の方法により保険料を払い込んでいただけない場合には、保険金をお支払いできません。また、ご契約を解除する場合があります。

保険証券、約款等についても、三井住友海上からお送りいたします。大切に保管いただきますようよろしくお願いいたします。

事故が発生した際の手続き

事故が発生して(サービス提供会員が感染症を発症して)保険金を請求する場合、ファミリー・サポート・センターは、10ページの2026年度「感染症補償制度」事故報告書(別紙2)を女性労働協会へ速やかにFAXしてください。その後は三井住友海上の指示に従ってください。

《この件に関するお問い合わせ》

取扱代理店：一般財団法人 女性労働協会

〒105-0014 東京都港区芝2-27-8 VORT芝公園8F

TEL：03-3456-4410 FAX：03-3456-4420

《引受保険会社》

三井住友海上火災保険株式会社（担当課）公務第二部営業第一課

**保険に関する相談・苦情・
お問い合わせは**

「三井住友海上お客さまデスク」

0120-632-277
(無料)

【受付時間】

平日 9:00～19:00

土日・祝日 9:00～17:00

(年末・年始は休業させていただきます)

指定紛争解決機関 注意喚起情報

当社は、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人 日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。当社との間で問題を解決できない場合には、一般社団法人 日本損害保険協会にご相談いただくか、解決の申し立てを行うことができます。

一般社団法人 日本損害保険協会 **そんぽADRセンター**

0570-022-808 [ナビダイヤル(有料)]

【受付時間】 平日 9:15～17:00

詳しくは、一般社団法人 日本損害保険協会のホームページをご覧ください。

(<https://www.sonpo.or.jp/about/efforts/adr/index.html>)

A25-101865 承認年月 2026年2月

(別紙1) 一般財団法人 女性労働協会 行 (FAX: 03-3456-4420)

(Eメール: w-women2a@jaaww.or.jp)

2026年度「感染症補償制度」年間加入依頼書

| | | | |
|---------------------------------------|---|------------------------|-------------|
| (1) 加入依頼日 | 20 年 月 日 | | |
| (2) 保険期間 | 20 年 月 日午後4時~20 年 月 日 午後4時 | | |
| (3) 加入団体名 (センター名) | カナ | | |
| (4) 事業の運営方法 | <input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託 (委託を受けている団体:) | | |
| (5) 加入契約者名 (団体及び役職並び 代表者名) | カナ (役職名と代表者名:) | | |
| (6) 団体所在地 | 〒 TEL: FAX: | | |
| (7) 設置自治体住所等 (所管部署課名も記入して ください) | 部署課名: 〒 TEL: FAX: | | |
| (8) 感染症補償規定 | <input type="checkbox"/> 施行済 (施行日 20 年 月 日) 正式名称 () | | |
| (9) 保険料根拠 | ① 保険料 (円) 給付対象者 1名あたり | ② 前年の活動実績における 実活動人数 | 保険料等(円) ①×② |
| | 1,180 | | |
| (10) 保険料合計 | 振込金額 円 (※振込手数料はご負担願います) | | |
| (11) 加入依頼担当者 | 氏名: (印) 所属・役職 TEL: E-mail: | | |
| | | | |

(別紙2) 一般財団法人 女性労働協会 行 (FAX: 03-3456-4420)
 (Eメール: w-women2a@jaaww.or.jp)

2026年度「感染症補償制度」事故報告書

| | |
|------------------|----------|
| 記入日 | 20 年 月 日 |
| 証券No. | |
| ファミリー・サポート・センター名 | |
| 記入者名 | |
| TEL | |
| FAX | |
| E-mail | |

| | |
|--|---|
| 感染された提供会員 | |
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 住所 | 〒 |
| 生年月日等 | (西暦) 年 月 日生 (満 歳) 性別: 男・女 |
| 状況 | |
| 感染症名 | |
| 推定発病日時 | 年 月 日 午前・午後 時 分頃 |
| 推定発病場所 | <input type="checkbox"/> 預かり活動中 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 入院・通院の状況 | 該当するものにチェックをつけて、ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 入院 日 <input type="checkbox"/> 通院 日 <input type="checkbox"/> 現在も通院中 |
| 原因 (例: 依頼子どもからコロナに感染し、14日間入院) | |
| | |
| 診断を受けた病院等医療機関の名称・所在地等 | |
| 名称 | |
| 住所 | 〒 |
| TEL | |
| 上記事故は、当センターまたは団体が調整したサービス提供中に生じた事故であることを証明します。 センター又は団体所在地: センター又は団体名 : 代表者氏名 : (印) | |

※ この用紙のデータを希望される場合は、協会までご連絡下さい。