

(異動手続依頼様式1)

公益社団法人 全国自治体病院協議会 御中

送付先 (株)自治体病院共済会 保険部
〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町3-27副堂会館内
FAX 03-3265-5868

病院コード

()

施設名		印
(部署・担当者)	(TEL)	(FAX)

団体保険異動手続依頼書
(病床数の変更)

1. 保険種目
※複数記入可

病院賠償責任保険
 その他
種目名をご記入ください。

()

2. 異動日

平成 年 月 日

3. 異動内容

病床区分	旧病床数	新病床数
一般病床	床	床
療養病床	床	床
精神病床	床	床
その他病床	床	床
老健定員数	名	名
診療所病床数	床	床

4. 保険料返戻がある場合の返戻先

金融機関名 (金融機関コード)

支店名 (店番号)

口座種別

口座番号

(フリガナ)

口座名義人

----- (自治体病院共済会 使用欄) -----
未経過 月(短期率 %) / 既経過 月 / 平成 年 月 日返戻

送付先(取扱代理店) (株)自治体病院共済会 保険部
FAX 03-3265-5868

※原本はご郵送ください。