

(異動手続依頼様式2)

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剛堂会館内
F A X 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
(代表者・施設名称・所在地等の変更)

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 以下に変更後の内容をご記入ください。

フリガナ

保険加入者の氏名

(開設者・管理者・院長等)

フリガナ

施設名称

フリガナ

施設所在地

----- (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。