（異動手続依頼様式3）

公益社団法人 全国自治体病院協議会　御中

送付先 ㈱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
ＦＡＸ 03－3265－5868

病院コード
（　　）

施設名　　㊞

（部署・担当者）　（TEL）　（FAX）

団 体 保 険 異 動 手 続 依 頼 書
（契約型式の変更・中途脱退・その他）

１．保険種目　□病院賠償責任保険
※複数記入可　□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　□契約型式の変更　　型 ▶ 　　型

□中途脱退
※脱退事由をご記入ください。

□その他
※内容をご記入ください。

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　　ヶ月（短期率　　%）／既経過　　ヶ月／平成　　年　　月　　日返戻

送付先（取扱代理店）㈱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。