

(異動手続依頼様式4)

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
()

医師名 (印)
(勤務医療施設名)

勤務医賠償責任保険(個人加入方式) 異動手続依頼書

1. 異動日 平成 年 月 日

2. 異動内容

勤務医療施設変更 住所変更 医師氏名変更 ※複数記入可

変更内容をご記入ください。
フリガナ
変更内容

中途脱退
※脱退事由をご記入ください。

契約型式変更 _____ 型 ▶ _____ 型

その他
※内容をご記入ください。

3. 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。