

〒102-8556 東京都千代田区紀尾井町3-27(剛堂会館内)
公益社団法人 全国自治体病院協議会 御中

病院コード	
被保険者番号	

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
FAX 03-3265-5868

1-②-(1)-a

勤務医賠償責任保険
(医師賠償責任保険 勤務医契約)

勤務医賠償責任保険加入依頼書

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン日本興亜のホームページ(<http://www.sjnk.co.jp>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

◎貴会が締結する勤務医賠償責任保険に下記の通り加入を依頼します。

申込日:平成 年 月 日

勤務病院	フリガナ		
診療科・お名前	フリガナ	印	
ご自宅住所	フリガナ	〒	
性別	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
告知事項	(1)他に同種の保険に加入していますか? はい(損保名)/ いいえ (2)日本医師会A①またはA②会員ですか? はい(A①会員 ・ A②会員) / いいえ		

保険期間	(保険開始希望日)※ 平成 年 月 日 から 平成 年 4月 30日まで
------	---

※保険開始希望日の前日までに保険料が下記口座に着金していることが条件となります。
振込先:千葉銀行 東京営業部(銀行番号0134/店番号018) 普通預金3036696 公益社団法人全国自治体病院協議会
シヤ)ゼンコクジチタイビョウインキョウギカイ

保険料	型	円× /12ヵ月 = 円
(契約型式)	(年間保険料)	(未経過月数) (10円未満四捨五入:10円単位)

加入希望日	4月30日	5月30日	6月30日	7月30日	8月30日	9月30日	10月30日	11月30日	12月30日	1月30日	2月28日	3月30日
	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
未経過月数	12ヶ月	11ヶ月	10ヶ月	9ヶ月	8ヶ月	7ヶ月	6ヶ月	5ヶ月	4ヶ月	3ヶ月	2ヶ月	1ヶ月

病院とりまとめ窓口	部署名	担当者名
(窓口がない場合、記入は不要です。)	TEL	FAX
保険料負担先	<input type="checkbox"/> 病院で負担 <input type="checkbox"/> 加入者個人で負担 <input type="checkbox"/> 加入者個人負担を病院が取りまとめて支払う <input type="checkbox"/> その他()	
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 病院取りまとめ窓口へ <input type="checkbox"/> 病院気付で加入者個人へ <input type="checkbox"/> 加入者個人宅へ <input type="checkbox"/> その他()	
請求書送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送で送付 <input type="checkbox"/> FAX()で送付	
加入者カード送付先	<input type="checkbox"/> 病院取りまとめ窓口へ <input type="checkbox"/> 病院気付で加入者個人へ <input type="checkbox"/> 加入者個人宅へ <input type="checkbox"/> その他()	
継続等手続の送付先	<input type="checkbox"/> 病院取りまとめ窓口へ <input type="checkbox"/> 病院気付で加入者個人へ <input type="checkbox"/> 加入者個人宅へ <input type="checkbox"/> その他()	

照会先 (株)自治体病院共済会 保険部 TEL 03-3263-3397 FAX 03-3265-5868

★本依頼書にご記入いただいた個人情報については、「公益社団法人全国自治体病院協議会個人情報保護規定」に基づき、本保険申込みのためのみ利用いたします。

★用紙が足りない場合は、コピー対応してください。

★加入手続きの際には、まずこの用紙を共済会保険部にFAXしてください(原本は後日郵送してください)。