

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

FAX:03-3265-5868 ※原本はご郵送ください

医療事故調査費用保険 加入依頼書

申込日	平成 年 月 日			
加入者 ※保険料の ご負担者(法人)	〒	—	電話番号	
	住所	フリガナ		
	名称	フリガナ		印
被保険者 ※加入者と同じ場 合は左記に「○」を ご記入下さい	〒	—	電話番号	
	住所	フリガナ		
	名称	フリガナ		
対象医療施設 ※補償対象と なる医療施設	住所	フリガナ		
	名称	フリガナ		

【ご加入プラン選択】 (ご希望内容に丸印をお願いします)

ご加入プラン	500万円プラン	1,000万円プラン		
医療機関種別	無床診療所	有床診療所	歯科診療所	病院

※病院の場合のみご記入ください。

保険料	一般病床	→	【病床数】	床	×	【年間保険料】	円	×	【本年度保険期間】	/12か月	=	【本年度保険料】	円
	療養病床	→	床	×	円	×	/12か月	=	円				
	その他病床	→	床	×	円	×	/12か月	=	円				
	【合計保険料】												円

※1円単位を四捨五入