

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
〒102-0093 東京都千代田区平河町2丁目7番5号 砂防会館 本館7階
F A X 03-3265-5868

病院コード

()

施設名

⑩

(部署・担当者)

(TEL)

(FAX)

(E-mail)

団体保険異動手続依頼書
(病 床 数 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

西暦

年

月

日

3. 異動内容

病床区分	旧病床数	新病床数
一般病床	床	床
療養病床	床	床
精神病床	床	床
その他病床	床	床
老健定員数	名	名
診療所病床数	床	床

4. 保険料返れいがある場合の返れい先

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 か月(短期率 %) / 既経過 か月 / 西暦 年 月 日返れい

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。