

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
〒120-0093 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
FAX 03-3265-5868

病院コード
()

施設名 (印)
(部署・担当者) (TEL) (FAX)

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 月(短期率 %) / 既経過 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。