

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  
FAX 03-3265-5868

病院コード  
( )

施設名		印
(部署・担当者)	(TEL)	(FAX)
	(E-mail)	

団体保険異動手続依頼書  
(代表者・施設名称・所在地等の変更)

1. 保険種目  病院賠償責任保険  
※複数記入可  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 以下に変更後の内容をご記入ください。

フリガナ  
新保険加入者の氏名  
(開設者・管理者・院長等)

フリガナ  
新施設名称

フリガナ  
新施設所在地

----- ( 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。