

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
(契約型式の変更・中途加入・中途脱退・その他)

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 契約型式の変更 型 → 型
 中途加入 契約型式 型
 中途脱退
※脱退事由をご記入ください。
 その他
※内容をご記入ください。

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。