（異動手続依頼様式３）

公益社団法人 全国自治体病院協議会　御中

送付先 ㈱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
E-mail hokenbu@jichikyo.co.jp　FAX 03－3265－5868

病院コード
（　　）

施設名　　㊞

（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　※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
□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　　か月（短期率　　%）／既経過　　か月／西暦　　年　　月　　日返れい

□ アクセス入力

送付先（取扱代理店）㈱自治体病院共済会 保険部
E-mail hokenbu@jichikyo.co.jp　FAX 03-3265-5868
※原本はご郵送ください。