

〒102-8556 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
公益社団法人 全国自治体病院協議会 御中

病院コード	
被保険者番号	

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

①—② **勤務医師賠償責任保険**
(医師賠償責任保険 勤務医契約)

勤務医師賠償責任保険加入依頼書

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式サイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

◎ 貴会が締結する勤務医師賠償責任保険に下記の通り加入を依頼します。

★ はご記入必須項目となります。

申込日：西暦 年 月 日

勤務病院	★フリガナ ★	
診療科・お名前	★フリガナ ★	印
ご自宅住所	★フリガナ ★ 〒 - E-mail: ★TEL - -	
性別・生年月日	男 ・ 女	★西暦 年 月 日生
告知事項	★(1)他に同種の保険に加入していますか? はい(損保名) / いいえ ★(2)日本医師会A①またはA②会員ですか? はい(A①会員 ・ A②会員) / いいえ ※日本医師会A①会員及びA②会員の方はすでに日医保険(自己負担額100万円)に加入しているため、1型にしか加入できません。	

保険期間	(保険開始希望日) ※ 西暦 年 月 日 から 西暦 年 4月 30日 まで
------	-------------------------------------------

※ 保険開始希望日の前日までに保険料が下記口座に着金していることが条件となります。

振込先：千葉銀行 東京営業部 (銀行番号0134/店番号018) 普通預金 3036696 公益社団法人全国自治体病院協議会
シャ)ゼンコクジチタイビョウインキョウギカイ

保険料	型	円 × /12か月 = 円
	(契約型式)	(年間保険料) (未経過月数) (10円未満四捨五入:10円単位)
延長担保特約	<input type="checkbox"/> 5年 円 <input type="checkbox"/> 10年 円	申込保険料合計 円
加入希望日	4月30日 5月30日 6月30日 7月30日 8月30日 9月30日 10月30日 11月30日 12月30日 1月30日 2月28日 3月30日 5月29日 6月29日 7月29日 8月29日 9月29日 10月29日 11月29日 12月29日 1月29日 2月27日 3月29日 4月29日	
未経過月数	12か月 11か月 10か月 9か月 8か月 7か月 6か月 5か月 4か月 3か月 2か月 1か月	

病院取りまとめ窓口	部署名:	担当者名:
	TEL()内線()	FAX()
保険料負担先	<input type="checkbox"/> 病院で負担 <input type="checkbox"/> 加入者個人で負担 <input type="checkbox"/> 加入者個人負担を病院が取りまとめて支払う	
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 病院取りまとめ窓口へ <input type="checkbox"/> 病院気付で加入者個人へ <input type="checkbox"/> その他()	
請求書送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送で送付 <input type="checkbox"/> FAX(- -)で送付	
加入者カード送付先	<input type="checkbox"/> 病院取りまとめ窓口へ <input type="checkbox"/> 病院気付で加入者個人へ <input type="checkbox"/> その他()	
継続等手続きの送付先	<input type="checkbox"/> 病院取りまとめ窓口へ <input type="checkbox"/> 病院気付で加入者個人へ <input type="checkbox"/> その他()	

照会先(株)自治体病院共済会 保険部 TEL 03-3263-3397 FAX 03-3265-5868

★加入手続きの際には、まずこの用紙を共済会保険部へFAX(もしくはメール添付で送付)してください。(原本を後日郵送してください)

★本依頼書のご記入いただいた個人情報については「公益社団法人全国自治体病院協議会個人情報保護規定」に基づき、本保険申込の為のみ使用します。