

下記に記載の帳票の追加請求や変更手続きについては、本紙をご利用ください。

FAX送信先: 損保ジャパン 045-201-7252

神奈川県病院協会 看護職賠償責任保険 団体保険制度 各種帳票 請求用紙 (FAX専用)

【請求する帳票】

<お問合せ先>

損害保険ジャパン株式会社

横浜支店営業第一課 TEL:045-661-2713

(1) 加入手続き関連 (中途加入含む)

請求する帳票に、必要部数をご記入ください。

(②返信用封筒、③加入申込書を除き、神奈川県病院協会ホームページからダウンロードも可)

	帳票	必要部数
①	パンフレット	部
②	返信用封筒	部
③	加入申込書 ※1枚で10名記入可能	部
④	送付票	部
⑤	記載例	部

(2) 変更手続き関連 (中途脱退・氏名変更等) ※別途、必要書類一式を送付します。

該当の変更種類に○印の上、該当者氏名をご記入ください。

その他の場合は、() 内に内容をご記入ください。

変更種類	該当者氏名
<input type="radio"/> 中途脱退・氏名変更・その他 ()	
<input type="radio"/> 中途脱退・氏名変更・その他 ()	
<input type="radio"/> 中途脱退・氏名変更・その他 ()	

【依頼者名】

病院名 :	担当部署 :
内線 :	担当者名 :
TEL :	e-mail :

【帳票送付先】

<input type="radio"/>	上記【依頼者名】宛てに送付
<input type="radio"/>	下記住所に送付 (中途脱退で個人宛て送付の場合は、必ず下記に住所をご記入ください) <住所> 〒 <氏名> <TEL>

上記の該当する項目に、○印をお願いします。原則、病院様宛ての送付となります。

中途脱退の書類のみ、該当者が退職済みの場合は、該当者の自宅宛てに送付できます。その場合は、必ず「下記住所に送付」をご選択の上、送付先をご記入ください (複数名いる場合は、別紙にご記入の上、あわせて送付ください)。

依頼後、1週間程度でお届けします。