

2024年版

神奈川県病院協会
「看護職賠償責任保険 団体保険制度」

加入申込書記載例

(保険期間 2024年1月1日～2025年1月1日の契約について)

- ※職種にかかわらず、申込書は同一です。
- ※加入者のいる病院については、加入者情報を予め印字した申込書を提供します。
blankの申込書も利用可能です。
- ※申込書提出締切日・提出先は、所属の病院にご確認ください。



損害保険ジャパン株式会社

加入手続きの流れ

1.加入申込書の作成

- ・P.4をご参照の上、不備がないことをご確認ください。
- ・ご記入漏れ(特に職種の選択)にご注意ください。

【特にご注意いただきたい事項】

- ・加入確認チェック欄のレ点
- ・印字済の方が加入しない場合における氏名の二重線での抹消

2.加入申込書の仕分け

- ・加入申込書の3枚目(お客さま控)をお取りください。
- ・1枚目から2枚目をご提出ください。

3.送付票の作成

- ・P.5をご参照の上、不備がないことをご確認ください。

4.加入申込書の送付

- ・加入申込書に送付票をセットして、専用の返信用封筒にて神奈川県病院協会へ送付してください。
- * 1月1日ご加入の場合は、一次締切日:11月30日、最終締切日:12月28日で、締切日までに申込書の到着が必要です。
- * 2月以降の中途加入の場合は、加入月前月20日(土日祝日の場合は翌営業日)が締切日です。

5.保険料の振込

- ・保険料を、神奈川県病院協会の専用口座2種類のうちいずれかにお振り込みください。
- * 1月1日ご加入の場合は、一次締切日:11月30日、最終締切日:12月28日で、締切日までに保険料の着金が必要です。
- * 2月以降の中途加入の場合は、加入月前月20日(土日祝日の場合は翌営業日)が締切日です。

<加入者情報の印字について>

- ・2023年8月1日時点の加入者を整理番号等順、五十音順で印字しています。ブランクの申込書も利用可能です。
- ・上記時点より後の中途加入・中途脱退の方は、追記・削除が必要になります。
- ・印字内容に変更・訂正がある場合は、該当箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

<整理番号等について>

- ・10桁(文字)まで記入可能です。必要に応じて、職員番号や病棟名をご記入ください。
- ・この欄に記入することで、翌年、整理番号等の昇順で加入者情報を印字した加入申込書を提供します。(ブランクの場合は、五十音順で印字)

保険料のお振込みについて

神奈川県病院協会の専用口座にお振り込みください。

- * お振込みの金額は、ご記入いただいた「送付票」の合計金額と同額になります。おそれいりますが、振込手数料はご負担をお願いします。
- * お振込先は、「制度内容およびお手続き方法」の冊子P. 6に記載しています。（「加入申込書・③お客さま控」の裏面にも記載しています）
- * 振込人名は「病院名+加入者人数」をお願いします。法人格等は省略していただいて結構です。（例：医療法人社団 ジャパン病院の場合 → 「ジャパン病院 2名分」）
- * 1月1日ご加入の場合は、一次締切日：11月30日、最終締切日：12月28日で、締切日までに保険料の着金が必要です。
- * 2月以降の中途加入の場合は、加入月前月20日（土日祝日の場合は翌営業日）が締切日です。

被保険者カードについて

ご加入手続きが完了すると、被保険者カードが作成されます。作成には日数がかかりますのでご了承ください。

1月1日ご加入の場合、一次締切分：2月上旬、最終締切分：3月中旬に病院宛に送付します。（原則、「送付票」にご記入のご担当者宛に送付します。「送付票」に忘れずに、「担当部署・担当者名」をご記入ください。）

2月以降の中途加入の場合は、加入月の2ヶ月後中旬に送付します。

その他

その他、詳細はパンフレットおよび「制度内容およびお手続き方法」の冊子をご参照ください。

加入申込書記入の前に

前年の加入申込書は使用できませんのでご注意ください。

2024年版の加入申込書(紫色)であることをご確認ください。

(職種にかかわらず申込書は同一)

(以前の加入申込書の在庫をお持ちでしたら廃棄処分をお願いします。)

加入申込書記載例

※印字済の加入申込書において、印字内容に変更・訂正がある場合は、該当箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。(2023年8月1日時点での加入者情報を整理番号等順、五十音順で印字しています。その時点より後の中途加入・中途脱退の方は、追記・削除が必要になります。)

- 職種にかかわらず申込書は同一です。
- 加入申込書は3枚複写です。
1枚目: 保険会社用 2枚目: 代理店控 3枚目: お客様控
- ※1枚目から2枚目までをご提出ください。3枚目はお客さま控になりますので、大切に保管ください。

【申込日】
申込日を記入してください。

【病院名】
病院名をご記入ください。
※略称、施設名ではなく、正式な病院名をご記入ください。

【保険期間】
保険始期月がblankになっておりますので、加入する月をご記入ください。

★加入月別保険料表
中途加入(2月以降に加入)する場合の保険料表です。中途加入時にご参照ください。

中途加入は、加入月の前月20日が締切日です。

※ご注意: 個人情報をご加入者の目に触れる帳票となりますので、取扱いにはご注意ください。ご加入者の了解を得た上で使用してください。
職種にかかわらず、申込書は同一です。

神奈川県病院協会 団体看護職賠償責任保険 加入申込書
(クレームサポート体制セット)

申込日: 年 月 日 病院名: _____

証券番号: 7106046257
団体名: カガケン・インキョウカイ

保険期間: 2024年 月 1日から 2025年 月 1日まで

加入日別保険料表

字 数	12/28 まで	1/20 まで	2/20 まで	3/20 まで	4/20 まで	5/20 まで	6/20 まで	7/20 まで	8/20 まで	9/20 まで	10/20 まで	11/20 まで	12/31 まで
加入日	1月1日	2月1日	3月1日	4月1日	5月1日	6月1日	7月1日	8月1日	9月1日	10月1日	11月1日	12月1日	12月31日
保険料	3,000	2,740	2,500	2,240	2,000	1,750	1,500	1,240	1,000	740	500	250	

加入申込書は、専業文書または損害保険ジャパンの公式ウェブサイト(<https://www.sorppo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報取扱規則に同意します。

氏名	加入確認 チェック	生年月日	職 種	整理番号等 (病院任意記入欄)	被保険者番号 (会社任意記入欄)
フリガナ 漢字	<input checked="" type="checkbox"/>	(昭和) (平成) 年 月 日	(A) 看護師 (B) 介護支援専門員業務も行う看護師 (C) 保健師 (D) 助産師		
フリガナ 漢字	<input checked="" type="checkbox"/>	(昭和) (平成) 年 月 日	(A) 看護師 (B) 介護支援専門員業務も行う看護師 (C) 保健師 (D) 助産師		
フリガナ 漢字	<input checked="" type="checkbox"/>	(昭和) (平成) 年 月 日	(A) 看護師 (B) 介護支援専門員業務も行う看護師 (C) 保健師 (D) 助産師		
フリガナ 漢字	<input checked="" type="checkbox"/>	(昭和) (平成) 年 月 日	(A) 看護師 (B) 介護支援専門員業務も行う看護師 (C) 保健師 (D) 助産師		
フリガナ 漢字	<input checked="" type="checkbox"/>	(昭和) (平成) 年 月 日	(A) 看護師 (B) 介護支援専門員業務も行う看護師 (C) 保健師 (D) 助産師		
フリガナ 漢字	<input checked="" type="checkbox"/>	(昭和) (平成) 年 月 日	(A) 看護師 (B) 介護支援専門員業務も行う看護師 (C) 保健師 (D) 助産師		
フリガナ 漢字	<input checked="" type="checkbox"/>	(昭和) (平成) 年 月 日	(A) 看護師 (B) 介護支援専門員業務も行う看護師 (C) 保健師 (D) 助産師		
フリガナ 漢字	<input checked="" type="checkbox"/>	(昭和) (平成) 年 月 日	(A) 看護師 (B) 介護支援専門員業務も行う看護師 (C) 保健師 (D) 助産師		
フリガナ 漢字	<input checked="" type="checkbox"/>	(昭和) (平成) 年 月 日	(A) 看護師 (B) 介護支援専門員業務も行う看護師 (C) 保健師 (D) 助産師		

【氏名】
加入者のお名前(フリガナ必須)をご記入下さい。
印字済の方が加入しない場合は、氏名を二重線で抹消してください。

【保険料計算式】
加入申込書に記入した分の集計を行ってください。(ページ計)
加入申込書が複数枚にわたる場合も加入申込書ごとに集計を行ってください。総合計保険料は、別紙「送付票」にご記入ください。

【職種】
A看護師/B介護支援専門員業務も行う看護師/C保健師/D助産師の4種類がありますので、該当する職種に○を付けてください。

【加入確認チェック】
レ点をつけてください。
印字済の方が加入しない場合は、氏名を二重線で抹消してください。

【生年月日】
加入者の生年月日を和暦でご記入ください。

【整理番号等(任意)】
10桁(文字)まで記入可能です。必要に応じて、職員番号や病棟名をご記入ください。
この欄に記入することで、翌年、整理番号等の昇順で加入者情報を印字した加入申込書を提供します。(blankの場合は、五十音順で印字)

送付票記載例

【中途加入の場合】

※1月1日ご加入の場合は、別の送付票になります。

- 加入申込書送付時に、ご同封をお願いします。
- コピーして、ご利用ください。

【加入日】
保険始期月がブランクになっておりますので加入する月をご記入ください。

【病院名】
病院名をご記入ください。
※略称、施設名ではなく、正式な病院名をご記入ください。

【担当部署・担当者名】
ご担当者様宛に被保険者カードを送付します。
※ご記入がなかった場合、看護部長様、事務長様宛に送付します。

中途加入用

この送付票を加入申込書と合わせて、返信用封筒で病院協会宛に郵送してください。

神奈川県病院協会
『看護職賠償責任保険 団体保険制度』
送付票

(中途加入の場合は、加入月前月20日(土日祝日の場合は翌営業日)が締切日です。)

加入日	(振込月の翌月1日) ____月 1日
病院名	
担当部署・担当者名	
※ご担当者様宛に被保険者カードを送付します。	
A 看護師(看護師・准看護師)	____円 × ____名 = ____円
B 介護支援専門業務執行看護師	____円 × ____名 = ____円
C 保健師	____円 × ____名 = ____円
D 助産師	____円 × ____名 = ____円
合計	計 ____名 計 ____円
振込予定日	____月 ____日予定
※ 振込手数料は各病院さまのご負担となります。	

【最終チェックのお願い】
加入確認チェック欄のし点漏れはありませんか？
※ 被保険者カードは加入月2ヶ月後の中旬にご担当者様へお届け予定です。

保険会社使用欄	着金日: ____月 ____日	着金額: ____円
整理番号		

【職種別：保険料計算欄】
保険料と加入者人数を職種別に集計してください。

(例)
A看護師 2月 中途加入5名
2,740円 × 5名 = 13,700円

【合計欄】
総合計人数と総合計保険料をご記入ください。

【振込予定日】
振込予定日を記入してください。
予定日ですので、実際の着金日と多少前後してもかまいません。
必ずご記入をお願いします。