

1月1日ご加入用

裏面のアンケートにご協力をお願いします

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**

(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日となります。)

加入日	2024年 1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)	3,000 <sup>1名あたり</sup> 円 × ___名 = ___円
B 介護支援専門業務も行う看護師	3,000 <sup>1名あたり</sup> 円 × ___名 = ___円
C 保健師	3,000 <sup>1名あたり</sup> 円 × ___名 = ___円
D 助産師	3,000 <sup>1名あたり</sup> 円 × ___名 = ___円
合計	計 ___名 計 ___円
振込予定日 ※ 振込手数料は各病院さまのご負担となります。	___月 ___日 予定

【最終チェックのお願い】

- ・加入確認チェック欄のレ点漏れはありませんか？
- ・印字済の方が加入しない場合は、氏名を二重線で抹消されていますか？

※ 被保険者カードは、一次締切分：2月上旬、最終締切分：3月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		

## アンケートへのご協力をお願い

日頃より神奈川県病院協会の看護職賠償責任保険の募集に対し、ご協力をいただき、誠にありがとうございます。今後、さらに制度を充実させていくため、以下のアンケートにご協力をくださいますよう、お願い申し上げます。

1. 貴院では、他の看護職賠償責任保険の募集を行っていますか？  
「あり」とご回答の場合は、募集团体名等をご教示ください。

【他の募集の有無】      あり      ・      なし

【団体名・保険名】 \_\_\_\_\_

2. 貴院での、看護職賠償責任保険への加入者率を下記より選択してください。  
(当保険と他社保険を合わせた割合で最も近いもの)

A 20%未満   B 20%以上~50%未満   C 50%以上~80%未満   D 80%以上

3. この保険の申込方法や入金方法について要望があればご記入ください。

4. この保険について、その他希望する補償内容があれば、ご記入ください。

5. その他お気づきの点等ございましたら、自由にご記入ください。

以上、ご協力どうもありがとうございました。