

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)	<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	<sup>1名あたり</sup> ____ 円 × ____ 名 = ____ 円
C 保健師	<sup>1名あたり</sup> ____ 円 × ____ 名 = ____ 円
D 助産師	<sup>1名あたり</sup> ____ 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レ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		