

1月1日ご加入用

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

(1月1日ご加入の場合は、一次締切日:11月28日、最終締切日:12月29日となります。)

加入日	2026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 ^{1名あたり} 円 × ____ 名 = ____ 円
B 介護支援専門業務も行う看護師	3,000 ^{1名あたり} 円 × ____ 名 = ____ 円
C 保健師	3,000 ^{1名あたり} 円 × ____ 名 = ____ 円
D 助産師	3,000 ^{1名あたり} 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	