

役員賠償責任保険 加入依頼書・変更依頼書 使用者賠償責任保険 見積依頼書

下記にご記入いただいた事項は、保険商品や保険に関する各種案内に利用させていただきます。
なお、ご案内を作成するために必要な範囲内で、ご記入いただいた事項を、損保ジャパンに提供いたしますことを、あらかじめご了承ください。

【医療機関情報】

ご加入時の確認事項	重要事項等(パンフレット)の事項を確認・同意のうえ、加入・変更・見積を依頼します。		ご記入日	年	月	日
医療施設	所在地	フリガナ				
		漢字				
	施設名	フリガナ			医療機関番号	
漢字						
院長または 開設者名	フリガナ	重要事項の内容を確認・ 同意のうえ、加入依頼書 の記載内容にしたがい契約 加入を依頼します。	印	医籍登録番号		
	漢字					
ご担当者	部署			氏名		
	連絡先			E-mail アドレス		

保険期間 2025年10月1日午後4時～2026年10月1日午後4時まで

1. 役員賠償責任保険 加入依頼書

ご加入にあたり以下の項目をご記入ください

事業収入 (営業収益+営業外収益+補助金)				百万円
法人種類	医療法人社団	医療法人財団		
支払限度額	5,000万円	1億円	3億円	
保険料 (パンフレットP4に記載しています)				円

2. 使用者賠償責任保険 見積依頼書

お見積りにあたり以下の項目をご記入ください

①加入対象事業所の賃金総額をご申告ください。

(注1)直近会計年度の労働者災害補償保険資料(「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書」)記載の賃金総額をご記入ください。
(注2)政府労災に申告している職員が加入対象となります。

賃金総額	千円
------	----

②災害補償規程等(*)の備え付けはありますか?

※従業員などに対して政府労災保険の給付のほか、一定の災害補償を行うことを定めた規定(例:災害補償規程、就業規則、労働協約)

いいえ	はい
-----	----

【支払方法】

北海道国民健康保険団体連合会から受け取るべき診療報酬から、この保険料を控除します。引去りを希望されない場合は右に○をしてください。 引去りを希望しません。

●ご記入後、ご加入窓口の株式会社メディコ北海道までFAXにてご送付ください。
北海道医師会指定保険代理店 株式会社メディコ北海道 FAX番号:011-210-7172
〒060-0042 札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会館3階