

既加入者用

## 看護師賠償責任保険団体契約変更依頼書

加入内容変更の加入者さま(お申込内容の意向確認)

重要事項のご説明およびご加入内容確認事項について確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

区分	変更	脱退
(いずれかに○)		

依頼日	平成	年	月	日

(変更箇所のみご記入ください)

※所属病院・施設名		部署名		職員コード	
※所属病院・施設住所					
(新)加入者住所	〒	電話番号			
フリガナ					
(新)加入者氏名					印

(お名前に変更があった方は旧姓(名)をご記入ください)

※区分	看護師	准看護師	保健師	助産師	
(○をつけてください)					
※重複する 他の保険契約等	ある場合は右記の各項目 につきご記入ください。	保険会社名	保険種類	保険金額(支払限度額)	満期日

※印の項目については、ご加入時に事実を正確に申出ていただく義務(告知義務)があります。加入者または被保険者の故意や重大な過失により、ご記入いただかなかった場合や、ご記入いただいた事項が事実と異なっている場合には、ご契約が解除されることがあります。ご加入に際して、今一度お確かめください。

支払限度額(免責金額なし)			お一人当たり保険料	
対人事故	1事故につき	1億円	看護師・准看護師 保健師・助産師(共通)  年間保険料 3,000円	
	保険期間中	3億円		
対物事故	1事故につき	30万円		
訴訟対応費用等	1事故・保険期間中	500万円		
人格権侵害	1名につき	100万円		
	1事故・保険期間中	100万円		

保険期間 (ご契約期間)	平成28年11月1日午後4時から1年間
-----------------	---------------------