

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(加入内容変更の意向確認)  
重要事項のご説明およびご加入内容変更事項について確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ、変更(脱退)を依頼します。

区分	変更	脱退
(いずれかに○)		

依頼日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

※所属病院・施設名		部署名		職員コード	
※所属病院・施設住所					

(変更箇所のみご記入ください)

(新)加入者住所	〒		電話番号		
フリガナ					
(新)加入者氏名	(新姓)	印		(旧姓)	
※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。	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)	令和5年11月1日午後4時から1年間
-----------------	--------------------