

看護師賠償責任保険団体契約新規加入申込票

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。

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					
加入者住所 (ご自宅)	〒	電話番号			
フリガナ					
加入者氏名					印
生年月日(和暦)	昭和・平成	年	月	日生	
※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(11月1日加入)	中途加入保険料 円(月1日加入)
	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 (中途加入の場合は、加入手続きをされた日の翌月1日午後4時から令和6年11月1日午後4時まで)
-----------------	---

保険期間の途中でご加入される場合の保険料は250円×月数となります。

例) 1月1日加入の場合250円×10か月=2,500円 5月1日加入の場合250円×6か月=1,500円

❖この保険は、千葉県庁生活協同組合を保険契約者とし、組合員を加入者および被保険者(補償の対象となる方)とする看護師賠償責任保険の団体契約です。

❖ご加入にあたっては、パンフレットをご参照ください。