

看護職賠償責任保険加入申込書

申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日 令和 年 月 日

申 込 人	フリガナ	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	電話番号	
被 保 険 者		当医療施設に勤務する全ての看護師・准看護師・保健師・助産師

下記のとおり看護職賠償責任保険に加入申込みします。

1. 医療施設名（法人の場合は法人名及び医療機関名をお書きください。）

フリガナ	
名 称	（申込人と異なる時のみ記入）
フリガナ	
所在地	（申込人と異なる時のみ記入）

2. ご加入補償タイプと保険料

<1> 診療所の場合 ～ ご加入希望のタイプに○印をおつけください。

スタンダードプラン	スペシャルプラン
9,760円	11,370円

<2> 病院の場合 ～ ご加入希望のタイプに○印をおつけいただき、以下の保険料計算表にしたがい、保険料を計算してください。

スタンダードプラン	一 般 病 床	1,268円	×	床	=	円	①
	精 神 病 床	133円	×	床	=	円	②
	結 核 病 床	36円	×	床	=	円	③
	合 計 保 険 料	① + ② + ③ =					円

（1円位を四捨五入して10円単位とする）

スペシャルプラン	一 般 病 床	1,477円	×	床	=	円	①
	精 神 病 床	165円	×	床	=	円	②
	結 核 病 床	44円	×	床	=	円	③
	合 計 保 険 料	① + ② + ③ =					円

（1円位を四捨五入して10円単位とする）

3.補償の範囲が重なる他の保険契約へのご加入

あり	（会社名・満期日・保険金額）
----	----------------

◎加入申込書と保険料は加入日までをお願いします。

看護職賠償責任保険加入申込書

【中途加入用】

申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト
（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日 令和 年 月 日

申込 人	フリガナ	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	電話番号	
被 保 険 者		当医療施設に勤務する全ての看護師・准看護師・保健師・助産師

下記のとおり看護職賠償責任保険に加入申込みします。

1. 医療施設名（法人の場合は法人名及び医療機関名をお書きください。）

フリガナ	
名 称	（申込人と異なる時のみ記入）
フリガナ	
所在地	（申込人と異なる時のみ記入）

2. ご加入補償タイプと保険料

<1> 診療所の場合 ～ ご加入希望のタイプに○印をおつけください。

スタンダードプラン	スペシャルプラン	円 × /12 = _____ 円
9,760円	11,370円	（保険始期： 年 月 日）

<2> 病院の場合 ～ ご加入希望のタイプに○印をおつけいただき、以下の保険料計算表にしたがい、保険料を計算してください。

スタンダードプラン	一 般 病 床	1,268円 × 床 × /12 = 円 ①
	精 神 病 床	133円 × 床 × /12 = 円 ②
	結 核 病 床	36円 × 床 × /12 = 円 ③
合 計 保 険 料		① + ② + ③ = 円

（1円位を四捨五入して10円単位とする）

スペシャルプラン	一 般 病 床	1,477円 × 床 × /12 = 円 ①
	精 神 病 床	165円 × 床 × /12 = 円 ②
	結 核 病 床	44円 × 床 × /12 = 円 ③
合 計 保 険 料		① + ② + ③ = 円

（1円位を四捨五入して10円単位とする）

3.補償の範囲が重なる他の保険契約へのご加入

あり	（会社名・満期日・保険金額）
---------------	----------------