

九州精神科病院協会「医療事故調査制度費用保険」

加入申込票(兼変更届出書)

【費用・利益保険 医療事故費用・利用保険特約(医療事故調査制度用)セット】

保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取り、加入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。

保険期間		平成28年10月1日午後4時から平成29年10月1日午後4時まで					
申込会員	法人・病院名	医療法人社団 ふくせい会 福精協病院					
	代表者名	理事長 福岡 一郎		会員番号	記入不要		
	住所	〒810-0005 福岡市中央区清川三丁目14番20号					
	ご担当者	部署名・お名前 事務長・山田	TEL	092-521-0690	FAX	092-524-4632	

【ご注意】

◇この保険は、九州精神科病院協会を保険契約者とし、その会員病院を加入者とする「医療事故費用・利益保険特約(医療事故調査制度用)セット 費用・利益保険」の団体契約です。
 ◇会員以外の病院の申込みはできません。

1. 加入申込日(変更届出日)

平成 28 年 9 月 〇〇 日

2. お手続きの種類 (どれか1つに○をご記入ください。)

<input checked="" type="radio"/>	平成28年10月1日付加入手続き	<input type="radio"/>	中途加入手続き	<input type="radio"/>	内容変更	<input type="radio"/>	脱退
----------------------------------	------------------	-----------------------	---------	-----------------------	------	-----------------------	----

3. 契約内容変更日(中途加入の場合は中途加入日、中途脱退の場合は中途脱退日、変更の場合はその内容が適用される日)

平成 年 月 日

4. 内容変更する場合:変更する項目 (該当の項目に○をご記入ください。)

病院	<input type="radio"/>	病院名	<input type="radio"/>	所在地	<input type="radio"/>	病床数
診療所	<input type="radio"/>	施設名	<input type="radio"/>	所在地	<input type="radio"/>	

5. <病院>お申し込み内容

区分	1病床あたり保険料		許可病床数※		保険料
精神病床	250 円	×	250 床	=	62,500 円
一般病床	20~99床	1,000 円	×	床	円
	100~199床	1,200 円	×	床	円
	200~299床	1,600 円	×	床	円
	300~499床	1,700 円	×	床	円
	500床以上	1,800 円	×	床	円
療養病床	800 円	×	30 床	=	24,000 円
結核・感染病棟	250 円	×	床	=	円
病院合計					86,500 円 A

6. <診療所>(必ず5. 病院の加入が必要です)

診療所①	有床	施設名	1施設あたり保険料 (無床4,000円 有床 12,000円)	
	<input checked="" type="radio"/>	ふくせいクリニック	4,000 円	
	<input type="radio"/>	所在地 〒810-0005 福岡市中央区清川三丁目14番20号	円	
診療所②	有床	施設名	1施設あたり保険料 (無床4,000円 有床 12,000円)	
	<input type="radio"/>	所在地 〒	円	
診療所③	有床	施設名	1施設あたり保険料 (無床4,000円 有床 12,000円)	
	<input type="radio"/>	所在地 〒	円	
診療所合計				4,000 円 B

7. 振込予定日

平成 28 年 9 月 〇〇 日

8. 同種の危険を補償する他の保険契約等について

※この保険契約と補償が重複する 他の保険契約または共済契約の 有無	病院	<input type="radio"/>	無	保険会社等の名称	保険金額・支払限度額 千円	保険種類	満期日 年 月 日
		診療所	<input type="radio"/> <td>無 <td>保険会社等の名称</td> <td>保険金額・支払限度額 千円</td> <td>保険種類</td> <td>満期日 年 月 日</td> </td>	無 <td>保険会社等の名称</td> <td>保険金額・支払限度額 千円</td> <td>保険種類</td> <td>満期日 年 月 日</td>	保険会社等の名称	保険金額・支払限度額 千円	保険種類

※印の項目については、ご加入時に事実を正確にお申し出いただく義務(告知義務)があります。故意や重大な過失により、お申し出いただかなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なっている場合には、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。

◇内容変更・廃止等による保険料返還の届出先

銀行 振込	支店	普通・()口座	口座番号:	口座名義人(分):
----------	----	----------	-------	-----------