

鍼灸賠償責任保険制度 変更・脱退通知書

加入者名 (ご署名欄)	カナ			
	漢字			
連絡先	-		施術者 登録番号	

変更

変更日	20 年 月 1日
-----	-----------

※ 以下該当の変更箇所にチェックし、必要項目をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	住所変更	〒 -							
<input type="checkbox"/>	連絡先 変更	-							
<input type="checkbox"/>	名義変更	カナ							
		漢字							
<input type="checkbox"/>	補償変更	基本補償区分	I. 施術所開設者		II. 勤務鍼灸師				
		タイプ	<input type="checkbox"/> プランA(1事故1億円)	<input type="checkbox"/> プランB(1事故3億円)	<input type="checkbox"/> プランA(1事故1億円)	<input type="checkbox"/> プランB(1事故3億円)			
	オプション	<input type="checkbox"/>	柔道整復業務	<input type="checkbox"/>	情報漏えい賠償	<input type="checkbox"/>	柔道整復業務	<input type="checkbox"/>	情報漏えい賠償
		追加被 保険者	勤務鍼灸師			人	※変更後の補償内容について記載ください		
			勤務柔道整復師			人			
			勤務鍼灸師かつ 勤務柔道整復師			人			
業務の補助者			人						
	備考欄				合計追加変更保険料	円			

更新停止・脱退

※ 脱退毎月15日までのお申し出で、翌月1日付となります。

<input type="checkbox"/>	更新停止	2024年2月1日	私は、鍼灸賠償責任保険制度の団体契約から2024年2月1日をもって脱退します。
<input type="checkbox"/>	脱退	20 年 月 1日	私は、鍼灸賠償責任保険制度の団体契約から脱退します。

脱退の場合のみご記入ください。
★保険料返還口座について(返還保険料がある場合、指定の口座に返金させていただきます)

金融機関名(カナ)			支店名(カナ)	
預金種目	普通	当座	口座番号	
口座名義人(カナ)				