

総合補償制度 「異動届」

下記の通り、「総合補償制度」の異動届を提出します。

会員番号：	異動日： 年 月 日(記入日以降の日付をご記入ください)
異動事由： <input type="checkbox"/> 加入申込者（法人）の代表者名変更 <input type="checkbox"/> 加入申込者の住所等の変更	
<input type="checkbox"/> 施設の開設者の変更 <input type="checkbox"/> 施設の住所等の変更	

■開設者コースにて加入されている方

現在の加入申込者	法人名：	肩書・代表者名	⑩
現在の被保険者	施設名：	施設の開設者名	

以下、変更をご希望する項目のへチェックのうえ、ご記入ください。

変更後の加入申込者	<input type="checkbox"/> 肩書・代表者名	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 住所	フリガナ： 〒
	<input type="checkbox"/> TEL:	FAX :
	<input type="checkbox"/> E-mail:	
変更後の被保険者	<input type="checkbox"/> 施設の開設者名	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 施設の住所	フリガナ： 〒
	<input type="checkbox"/> TEL:	FAX :
	<input type="checkbox"/> E-mail:	

■勤務医コースにて加入されている方

現在の加入者	氏名：	⑩
--------	-----	---

以下、変更をご希望する項目のへチェックのうえ、ご記入ください。

変更後の加入者	<input type="checkbox"/> 氏名（改姓等）	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 主な勤務先	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 加入者の住所	フリガナ： 〒
	<input type="checkbox"/> TEL:	FAX :
<input type="checkbox"/> E-mail:		

注意事項

- ★この「異動届」は協会宛ご郵送をお願いします。尚宛先シールを協会ホームページよりダウンロードできます。
 - ★以下の場合はお手続き方法が異なりますので、ご注意ください。
 1. 加入申込者の変更→「退会届」と新たな「加入依頼書」のご提出
 2. 施設名の変更→「解約届」と新たな「加入依頼書」のご提出
 3. 対象医師の医師数の変更や氏名の変更→「医師 異動届」のご提出
- ご連絡先ならびに郵送先

*当協会は個人情報を取り扱うにあたり、その利用目的を協会事業に限定します。ご本人の同意なく同利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱うことはありません。詳しくはHPの「個人情報保護方針について」をご覧ください。