FAX：026-235-6120

（長野県医師会経理課　福島行）

休業補償保険・お問い合わせ票

申込み希望

見積りのみ希望

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名  法人の場合は法人名と代表者名をご記入ください |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| ご連絡先 | 電話：　　　－　　　－  FAX ：　　　－　　　－ |
| ご担当者様：  ※会員と異なる場合のみご記入ください |

補償対象とする医療機関について、下記項目にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 建物所在地 | 上記医療機関所在地と同じ  その他　（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　（所在地：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 建物構造 | 1 鉄筋コンクリート　　　2 鉄骨造　　　3 木造  　4 上記1・2・3の混合建物 （ ）内に詳細をご記入ください  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　5 上記1～4以外（　　　　　　　 　　　　　　　　　） |
| 住居部分の有無と  延床面積 | 1 併用住宅　　　　　　　　　　㎡　※合計面積をご記入ください  　2 医療機関のみ　　　　　　　　　　㎡ |
| 1日あたりの粗利益  （売上高から仕入高および原材料費を引いた残高） | ・直近1年間の粗利益÷稼働日数で計算ください  　　　　　　　　　　　　　　万円 |
| 1日あたりのご希望保険金額 | ・1日あたりの粗利益以下でご記入ください  ・1万円単位、最大200万円以内で設定してください  　1日あたり　　　　　　　　万円 |