

医師賠償責任保険 変更依頼書

長野県医師会長 様

以下のとおり契約内容を変更しますので届け出いたします。

加入者	所属医師会
	住 所
	フリガナ
	※氏 名 (開 設 者)
	医療施設名
	TEL() -

※法人の場合は法人名をご記入ください。

該当のNoを○の上、変更箇所のみ「内容」欄にご記入をお願いします。

変更日： 年 月 日

No	変更項目	内容
1	加入型の変更	変更前： 型 ⇒ 変更後： 型に変更
2	オプションの追加	追加するオプション：
3	オプションの削除	削除するオプション：
4	オプションの変更	変更前： 型 ⇒ 変更後： 型に変更
5	脱退(延長担保※の付帯あり)	延長期間 (5年か10年をご選択ください。)： 5年 ・ 10年
6	脱退(延長担保※の付帯なし)	脱退日以降に損害賠償請求された場合は補償対象外となりますのでご注意ください。
7	その他	

※延長担保(損害賠償請求期間延長担保追加条項)：詳細はパンフレットをご参照ください。