

電話医療通訳サービス利用申込書記入例

1. 保険証券から

★お手元に証券をご用意し、必ずこちらの
①証券番号 ③保険始期日をご記載ください。

①証券番号
③保険始期日

契約日 平成31年 6月15日

保険の種類 医師賠償責任保険

契約方式 一般医師

契約期間 1年間

被保険者 氏名 小石川 太郎

保険金額の型 医師特約 2 型 医療施設特約 型

特約の種類 1 一般につき 1 型につき 1 型につき 1 型につき 1

保険金額 (千円) 1000000

契約開始日 平成31年 6月15日

証券作成年月日 平成31年 6月15日

契約方式が「勤務医契約」の場合、ご利用対象外のため、お申込みができませんので、ご了承ください。

SOMPO 損害ジャパン

電話医療通訳サービス利用申込書

■記入例に沿って必要事項をご入力いただいた後、以下のアドレス宛にて添付ファイルにてご送信ください。
■この申込書は自動処理を行うため、手書きではなく、エクセルファイルにてテキスト入力ください。
■件名を「医師賠償責任保険（加償電話医療通訳の申し込み）」としてください。
申込書送信先: service@emergency.co.jp

ご契約 フリガナイーエイジェイビョウイン

医療機関名 EAJ病院

証券番号 (10桁) 9999999999 ①

加入者番号 (12桁) 999999999999 ②

保険始期日 2021年4月1日 ③

医療施設の種類 病院・介護老人保健施設・介護医療院 年間コール数 50 *リストより選択ください

施設コード (7桁) 9999999 ④

ご住所 フリガナトウキョウトブンキョウコイシカフ コイシカフ
東京都文京区小石川1-21-14 NRK小石川ビル

TEL 03 - 3811 - 8600 *市外番号からご記入ください

FAX 03 - 3811 - 8650 *市外番号からご記入ください

ご担当者 フリガナ コイシカフ タロウ E-Mail service@emergency.co.jp
氏名 小石川 太郎

発信予定電話番号 (通訳依頼発信の可能性のある電話番号を全てご記入ください)

No.	部署・業務名等	電話番号	No.	部署・業務名等	電話番号
例	〇〇部 ▲▲課	0120123456	17		
例	□□診療部 受付	0901234567	18		
1	代表	0338118600	19		
2			20		
3			21		
6			24		
7			25		
8			26		
9			27		
10			28		
11			29		
12			30		
13			31		
14			32		
15			33		
16			34		

①証券番号は10桁
②加入者番号は12桁
④施設コードは7桁

電話番号はハイフン無しで入力

2. 加入者カードから

★お手元に加入者カードをご用意し、必ずこちらの
①証券番号 ②加入者番号 ③保険始期日
④施設コードをご記載ください。
※下表の加入者カード以外で発行を受けられている場合は、以下内容を参考にご確認ください。

④施設コード ①証券番号 ②加入者番号

加入者 氏名 小石川 太郎

被保険者 氏名 小石川 太郎

医療施設 所在地 東京都文京区小石川1-21-14 NRK小石川ビル

③保険始期日 2021年4月1日

施設コード 9999999

証券番号 9999999999

加入者番号 999999999999

保険始期日 2021年4月1日