

『医療関連サービスマーク制度認定業務外・賠償責任保険』
保険料見積依頼シート

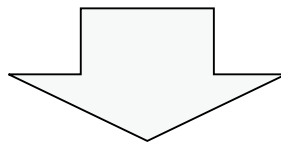
表面

◆お客さま情報をご記入ください

法人所在地（見積り送付先）	フリガナ		
〒			
法人名	フリガナ		
※代表者名までご記入ください。			
ご担当部署		ご担当者名	
ご担当者E-mail			
電話番号		FAX	

《マーク認定取得業務》

	衛生検査	院外滅菌 消毒	院内滅菌 消毒	院内調理患者等 給食	院外調理患者等 給食	患者搬送
マーク認定取得業務	○	○	○	○	○	○
	酸素供給装置の 保守点検	医療機器 保守点検	医療用ガス供給 設備保守点検	寝具類洗濯	院内清掃	
	○	○	○	○	○	



保険料算出のための必要事項を裏面にご記入ください。

損保ジャパンパートナーズ株式会社
カスタマーサポート第一部 行

FAX : **03-5989-0601**

※ご不明点等はお電話にてお問い合わせください。(03-6837-8851)

保険料見積依頼シートFAX送信期限 2025年12月19日(金)

売上高算出期間(直近会計年度)を ご記入ください	____年____月____日 ~ ____年____月____日
-----------------------------	-----------------------------------

◆加入希望の業務内容・事業所情報をご記入ください。

①	業務内容		売上高	万円	
	加入希望型	<input type="radio"/> A型 <input type="radio"/> B型 <input type="radio"/> C型 <input type="radio"/> D型	オプション	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
②	業務内容		売上高	万円	
	加入希望型	<input type="radio"/> A型 <input type="radio"/> B型 <input type="radio"/> C型 <input type="radio"/> D型	オプション	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
③	業務内容		売上高	万円	
	加入希望型	<input type="radio"/> A型 <input type="radio"/> B型 <input type="radio"/> C型 <input type="radio"/> D型	オプション	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②

◆業務内容ごとの事業所情報

事業所明細 No1	事業所名		業務内容	
	事業所住所			
事業所明細 No2	事業所名		業務内容	
	事業所住所			
事業所明細 No3	事業所名		業務内容	
	事業所住所			
事業所明細 No4	事業所名		業務内容	
	事業所住所			
事業所明細 No5	事業所名		業務内容	
	事業所住所			

※業務内容・事業所情報が多数あり記載しきれない場合は、本シートをコピーして使用いただくか、別紙に必要事項を記入のうえ本シートとともに送付ください。