

記入方法

※赤枠の箇所(※1~4)のみご記入ください。

記入日をご記入ください。

※1

年 月 日

東京海上日動火災保険株式会社 行

保険料算出基礎数字申告書

●保険種類 : 個人情報漏えい保険
●証券番号 :

上記の保険契約について、保険料算出のための基礎数字を以下のとおり申告します。これに基づいて貴社が保険料を算出することに同意します。

- お願い**
- ① 保険料算出のための基礎数字は正しくご申告願います。もし申告数字が誤っていた場合には、後日、保険料の追加請求や返還が必要となったり、保険金が支払われないまたは削減される場合があります。
 - ② 申告数字が100,000千円や1,000名のような「丸い数字」の場合には、最近の会計年度等における正確な実績数字を、再度ご確認くださいませようお願いします。
 - ③ 保険の対象とする業務や製品が複数種類にまたがっている場合等、申告すべき保険料算出基礎数字が複数ある場合は、その内訳を【補足説明】欄に記載してください。

貴法人・代表者名の記名、ご捺印をお願いいたします。

ご契約者名

※2

医療法人●●会
理事長 ●●●●

印

【保険料算出基礎数字】

フルネームで自署(法人の場合は記名・捺印)をお願いします。

保険料算出基礎の種類	申告数字
その他(※)	(単位も記入してください。)
(※)「その他」を選択した場合は、下記に具体的な種類をご記入ください。 (詳細は【補足説明】を参照)	

貴法人の会計年度のご記入をお願いいたします。

【申告数字の対象期間(時点)】

以下の【申告数字の対象期間(時点)】も必ず記入してください。

保険期間	保険期間1年
使用する実績数字の種類	把握可能な最近の会計年度(1年間)における実績数字

※3

対象期間	年 月 日から1年間
------	------------

【補足説明】 (申告数字の内訳や補足説明がある場合にご記入ください。)

- 売上高: 千円 ●病院: 一般病床 床、その他病床 床
●診療所: 有床 施設、無床 施設

該当の箇所をご記入ください。
※売上高には
病院と診療所の売上高は含めずにご記入ください。

(代理店・会社使用欄)

- 保険料算出基礎数字の確認が、客観的資料・公表資料ではなく申告書になった理由(該当するものに✓)
 守秘性が高いため (保険料算出基礎数字が公表されておらず、客観的資料の開示も守秘性の観点から困難であるため)
 個人情報が含まれるため (保険料算出基礎数字が人数等であり、客観的資料に名簿等の個人情報を含むため)
 その他 (具体的に記載:)

(代理店 記名・捺印欄)

確認者	代理店名	募集人氏名(フルネーム)

必ず確認者の自署(フルネーム)または記名・捺印を行ってください。

