

サイバーリスク保険見積依頼書

<情報漏えい損害補償制度>

このたびはお見積りのご用命をいただき、誠にありがとうございます。

お見積りを作成するにあたり、以下の内容にご記入くださいますようお願い申し上げます。

ご記入いただきましたご住所、またはFAX番号あてに御見積書をお送りさせていただきます。

全老健 正会員番号		連絡先
施 設 名		<input type="checkbox"/>
法 人 名		<input type="checkbox"/>

ご担当者様 連絡先	ご担当者役職	ご担当者氏名
	〒 - ご住所	
	TEL / FAX TEL:	FAX:

◆2026年度保険料算出にあたっての基礎数字 貴法人で運営している項目のみご記入ください。		
病 院 ※病床数	一般病床	*878 床
	その他病床	*879 床
診 療 所 ※診療所数	有床の診療所	*880 施設
	無床の診療所	施設
上記以外の 施設・事業所 (老健施設・ 居宅事業所など) ※売上高	直近会計年度	*881 年 月 日
		年 月 日
	売 上 高	*871 千円 ※病院と診療所の売上を差し引いた売上高

法人

病院 診療所 老健施設 居宅サービス事業所 等

◆ご希望プラン・オプション ★ご希望のプラン・オプションに○をお付け下さい。 ★補償拡充タイプの詳細はパンフP.4をご確認下さい。					
プ ラ ン	タイプ	賠償責任担保部分		費用損害担保部分	
		支払限度額	免責金額	支払限度額	免責金額
	補償拡充	1億円	10万円	3,000万円	なし
	A	3,000万円	10万円	300万円	なし
	B	5,000万円	10万円	500万円	なし
C	1億円	10万円	1,000万円	なし	

←共済会おすすめプラン

全老健共済会FAX03-5425-6901までお送りください