

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。

全般健正会員番号		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	*881 直近会計年度 年 月 日	
	*871 売上高 千円	
	※病院と診療所の売上を差し引いた売上高	

◆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。		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">賠償責任担保部分</th> <th colspan="2">費用損害担保部分</th> </tr> <tr> <th>タイプ</th> <th>支払限度額</th> <th>免責金額</th> <th>支払限度額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>補償拡充</td> <td>1億円</td> <td>10万円</td> <td>3,000万円</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>3,000万円</td> <td>10万円</td> <td>300万円</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>5,000万円</td> <td>10万円</td> <td>500万円</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>1億円</td> <td>10万円</td> <td>1,000万円</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">←共済会おすすめプラン</p>	賠償責任担保部分		費用損害担保部分		タイプ	支払限度額	免責金額	支払限度額	補償拡充	1億円	10万円	3,000万円	A	3,000万円	10万円	300万円	B	5,000万円	10万円	500万円	C	1億円	10万円	1,000万円
賠償責任担保部分			費用損害担保部分																							
タイプ	支払限度額		免責金額	支払限度額																						
補償拡充	1億円		10万円	3,000万円																						
A	3,000万円		10万円	300万円																						
B	5,000万円		10万円	500万円																						
C	1億円	10万円	1,000万円																							

全老健共済会FAX03-5425-6901までお送りください

