（様式保－６）

 令和　　年　　月　　日

一般財団法人医療関連サービス振興会　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出先機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者名 　　　 ㊞

保険契約に関する証明書

　当会社は、契約者　　　　　　　　　　　　　が、自らを被保険者として、令和　　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日までの間、貴会の定める下記の契約内容を充たす保険（院外調理患者等給食業務を対象とする請負業者賠償責任保険及び生産物賠償責任保険）に加入していることを証明いたします。

 （１）共通てん補限度額（身体・財物）を設定している場合

|  |  |
| --- | --- |
| 保険の種類 | てん補限度額 |
| １事故 | 年間限度額 |
| 請負業者賠償責任保険 | １億円以上 | なし |
| 生産物賠償責任保険 | １億円以上 | １億円以上 |

 （２）共通てん補限度額（身体・財物）を設定していない場合

|  |  |
| --- | --- |
| 保 険 の 種 類 | てん補限度額 |
|  | １事故 | 年間限度額 |
| 請負業者賠償責任保険 | 身体 | １億円以上 | なし |
| 財物 | 1,000万円以上 | なし |
| 生産物賠償責任保険 | 身体 | １億円以上 | １億円以上 |
| 財物 | 1,000万円以上 | 1,000万円以上 |

※　１．証明者は、保険会社の支店長、支社長、営業所長等で差し支えありませんが、

代理店の証明は認められません。

　　　２．てん補限度額の設定方式で（１）（２）のいずれか該当しないものを×印で抹消して下さい。

 ３．契約が２件に分かれている場合の取扱いは、次のとおりとします。

①証明者が同一の場合は、証明書は１枚で差し支えありません。この場合、保険期間が異なるときは、２段書きして下さい。

②証明者が異なる場合は、証明書は２枚に分けて別々に作成して下さい。この場合、 証明対象外の部分は抹消のうえ押印して下さい。