

# 加入依頼書

**団体** 医師賠償責任保険

一般社団法人 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 御中

**重要** もれなくご記入のうえ、郵送でご提出ください。

私は、**団体** 医師賠償責任保険 に加入いたします。

- ・(取扱代理店のホームページからパンフレットをダウンロードする場合) 私は、加入勧奨時に通知・配布された説明資料等に記載のURL・二次元コードにより重要事項説明書の交付を受けることを承諾のうえ、ダウンロードを行い、商品内容が自身の意向に合致していることを確認しました。また、記載の重要事項(「契約概要」「注意喚起情報」を含む)について了承のうえ、以下のとおり加入を申込みます。
  - ・私はパンフレットまたは引受保険会社の公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。
- ※ご提出いただいた情報は、保険契約のお申込にのみ利用させていただきます。学会の会員情報を変更する場合は、学会事務局までご連絡ください。

申込日 20 年 月 日

加入者	学会員番号 (右詰で記載を お願ひします。)	日医会員区分	<input checked="" type="checkbox"/> A①	<input checked="" type="checkbox"/> A②	<input checked="" type="checkbox"/> 左記以外・未加入
	〒	電話番号	フリガナ	生年月日	性別
	フリガナ	フリガナ	他の保険契約の有無(注)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 保険会社:	<input checked="" type="checkbox"/> 無 → 保険金額:
被保険者	※加入者と同じ場合は、ご記入不要です。 <被保険者の範囲> 会員の配偶者・会員が開業する医院の勤務医師の方				
	フリガナ	生年月日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 女
	〒	電話番号	フリガナ	フリガナ	フリガナ
勤務病院・医院もしくは医療施設欄	※医療法人の場合は、名称欄に医療法人名からご記入ください。				経営形態
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 法人
	〒	電話番号	フリガナ	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 一人法人 <input checked="" type="checkbox"/> その他

勤務医	日医A②会員	→	<input checked="" type="checkbox"/> 1型	<input checked="" type="checkbox"/> S1型
	日医B会員 それ以外 または未加入	→	<input checked="" type="checkbox"/> 1型 <input checked="" type="checkbox"/> 100型 <input checked="" type="checkbox"/> 200型 <input checked="" type="checkbox"/> 300型 <input checked="" type="checkbox"/> S1型 <input checked="" type="checkbox"/> S100型 <input checked="" type="checkbox"/> S200型 <input checked="" type="checkbox"/> S300型	
開設者の 診療所の 経営形態	個人	日医A①会員	はい	<input checked="" type="checkbox"/> C型 <input checked="" type="checkbox"/> SC型
	法人	日医A①会員	はい	<input checked="" type="checkbox"/> C型 <input checked="" type="checkbox"/> SC型
	一人医師 医療法人	常勤・非常勤医師の中に A①またはA②以外の方	はい	<input checked="" type="checkbox"/> C型 <input checked="" type="checkbox"/> SC型

振込日	月	日	振込手続銀行	銀行	支店	振込金額	円
-----	---	---	--------	----	----	------	---

※中途加入される場合、加入月により保険料が異なります。詳細はパンフレットをご確認ください。

本加入依頼書と口座振替依頼書を返信用封筒でご提出願ひます。  
なお、次年度以降はお客様より継続停止希望のご連絡をいただかない限り自動継続となります。

保険料 振込先	みずほ銀行 東京中央支店 普通預金口座	加入依頼書 ご提出先・問い合わせ先	取扱代理店
	口座番号 2066877		損保ジャパンパートナーズ株式会社 団体職域第二部
	口座名義 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 医師賠償責任保険口		〒163-0417 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビルディング17階 TEL 03-6279-0654 (受付時間 平日9時~17時)

(注)「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部について支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。傷害保険の場合、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。