

加入依頼書 記入例

- 各種お手続き案内メールが送信されます。
予め「@ibai.dantaihoken.net」のドメインが受信できるよう設定してください。
- 加入者証は、原則として以下にご記入いただいた住所に送付します。送付先を勤務先にする場合は、勤務先住所および、
〇〇病院〇〇科までご記入ください。
- ご希望の加入項目にして保険料をご記入ください。

新規加入用		日本脳神経外科学会 団体保険 加入依頼書				
申込内容と下記項目をご確認いただきお手続きください。		申込日 20XX 年 X 月 X 日				
・個人情報の取扱い(P19)に同意し、パンフレットの内容およびお手続きの流れ(P3～5)を確認して「団体保険」へ加入を依頼します。						
氏名	フリガナ ガッカイ タロウ 学 会 太 郎	ご加入確認 団体構成員確認 個人情報取扱同意				
学会会員番号		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女			
TEL	03 (XXXX) XXXX	生年月日	西暦 19XX 年 X 月 X 日生			
		携帯TEL	()			
1 メールアドレス	XXXX@XXX.com 各種お手続き案内メールが送信されます。予め「@ibai.dantaihoken.net」のドメインが受信できるよう設定してください。					
日本医師会会員区分	<input checked="" type="radio"/> 非会員もしくはA①会員、A②会員以外(B会員) <input type="radio"/> A①会員 <input type="radio"/> A②会員					
※A①、A②会員の先生は日本医師会医師賠償責任保険に加入されていますので、勤務医師賠償責任保険は「1型」のみご加入いただけます。 また、日本医師会医師賠償責任保険には産業医の補償も含まれているため、本団体の産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険はご加入いただけませんのでご注意ください。						
※加入者証は、原則として以下にご記入いただいた住所に送付します。送付先を勤務先にする場合は、勤務先住所および、〇〇病院〇〇科までご記入ください。						
2 郵送物送付先住所	フリガナ トウキョウトシブヤク 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都渋谷区 〇-〇-〇					
主たる勤務先病院・医院・もしくは医療施設(郵送物送付先が勤務先の場合は、ご記入不要です。)						
名称	フリガナ 〇× 〇×	病院	<input type="radio"/> × 科			
所在地	フリガナ トウキョウトシンジュク 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都新宿区 〇-〇-〇 TEL 03-XXXX-XXXX					
他の医師賠償責任保険契約	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (保険会社:)	保険金額:	満期日: 年 月 日)			
加入項目・支払方法に <input checked="" type="checkbox"/> してください。		保険料	保険料支払方法			
3 I. 勤務医師賠償責任保険	基本型 (2024年2月1日～1年間)	<input checked="" type="checkbox"/> 300型 保険料 62,400円 <input type="checkbox"/> 200型 保険料 51,570円 <input type="checkbox"/> 100型 保険料 40,660円 <input type="checkbox"/> ()型 保険料 円	新規加入保険料 62,400円			
	オプション	<input checked="" type="checkbox"/> 医療付随業務担保追加条項 800円	800円			
	中途加入 ()月()日	基本 <input type="checkbox"/> 300型 <input type="checkbox"/> 200型 <input type="checkbox"/> 100型 <input type="checkbox"/> ()型 オプション <input type="checkbox"/> 医療付随業務担保追加条項	中途加入保険料 円			
			円			
			円			
II. 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務医師 基本 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 診療所 基本 <input type="checkbox"/> オプション <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 2024年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月()日	新規加入保険料 5,000円 中途加入保険料 円			
III. クレーム対応費用保険	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務医師 <input type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 300万 <input type="checkbox"/> 200万 <input type="checkbox"/> 100万 <input type="checkbox"/> 50万	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 2024年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月()日	新規加入保険料 15,000円 中途加入保険料 円			
IV. 勤務医サイバー保険	<input checked="" type="checkbox"/> サイバー-5,000万 <input type="checkbox"/> サイバー-3,000万 <input type="checkbox"/> サイバー-1,000万	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 2024年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月()日	新規加入保険料 4,800円 中途加入保険料 円			
銀行振込日・振込銀行	11 月 1 日 XX 銀行	銀行振込合計保険料 ※銀行振込分の合計保険料をお振込みください 88,000円				
V. トータルサポートプラン	<input type="checkbox"/> 資料請求希望					
＜送付先＞ 取扱保険代理店 株式会社カイトー FAX : 03-3369-8851 MAIL : med-jns@kaito.co.jp メールはこちら		振込先:みずほ銀行 東京中央支店 普通 2015946 日本脳神経外科学会 「カナ氏名+生年月日(西暦8ケタ)」でお振込みください。				
		会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK

申込内容と下記項目をご確認いただきお手続きください。

申込日 年 月 日

・個人情報の取扱い(P19)に同意し、パンフレットの内容およびお手続きの流れ(P3～5)を確認して「団体保険」へ加入を依頼します。

氏名	フリガナ [旧姓:]	ご加入確認 団体構成員確認 個人情報取扱同意		
学会会員番号		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
TEL	()	生年月日	西暦 年 月 日生	
		携帯TEL	()	
メールアドレス	各種お手続き内メールが送信されます。予め「@ibai.dantaihoken.net」のドメインが受信できるよう設定してください。			
日本医師会会員区分	<input type="radio"/> 非会員もしくはA①会員、A②会員以外(B会員) <input type="radio"/> A①会員 <input type="radio"/> A②会員			

※A①、A②会員の先生は日本医師会医師賠償責任保険に加入されていますので、勤務医師賠償責任保険は「1型」のみご加入いただけます。

また、日本医師会医師賠償責任保険には産業医の補償も含まれているため、本団体の産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険はご加入いただけませんのでご注意ください。

※加入者証は、原則として以下にご記入いただいた住所に送付します。送付先を勤務先にする場合は、勤務先住所および、〇〇病院〇〇科までご記入ください。

郵送物送付先住所	フリガナ 〒
主たる勤務先病院・医院・もしくは医療施設(郵送物送付先が勤務先の場合は、ご記入不要です。)	
名称	フリガナ 病院 科
所在地	フリガナ 〒 TEL

他の医師賠償責任保険契約	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 (保険会社: 保険金額: 満期日: 年 月 日)
--------------	---

加入項目・支払方法に✓してください。		保険料	保険料支払方法
I. 勤務医師賠償責任保険	基本型 (2024年 2月1日～ 1年間)	<input type="checkbox"/> 300型 保険料 62,400円	新規加入保険料 円 円 円 円 円 円 円 円 円 円
		<input type="checkbox"/> 200型 保険料 51,570円	
		<input type="checkbox"/> 100型 保険料 40,660円	
		<input type="checkbox"/> ()型 保険料 円	
	オプション	<input type="checkbox"/> 医療付随業務担保追加条項 800円	
中途加入	()月()日	基本	<input type="checkbox"/> 300型 <input type="checkbox"/> 200型 <input type="checkbox"/> 100型 <input type="checkbox"/> ()型
		オプション	<input type="checkbox"/> 医療付随業務担保追加条項
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険	<input type="checkbox"/> 勤務医師	<input type="checkbox"/> 新規 2024年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月()日	新規加入保険料 円
	基本 <input type="checkbox"/>		中途加入保険料 円
	<input type="checkbox"/> 診療所		円
III. クレーム対応費用保険	<input type="checkbox"/> 勤務医師 <input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 新規 2024年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月()日	新規加入保険料 円
	<input type="checkbox"/> 300万 <input type="checkbox"/> 200万		中途加入保険料 円
	<input type="checkbox"/> 100万 <input type="checkbox"/> 50万		円
IV. 勤務医サイバー保険	<input type="checkbox"/> サイバー5,000万	<input type="checkbox"/> 新規 2024年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月()日	新規加入保険料 円
	<input type="checkbox"/> サイバー3,000万		中途加入保険料 円
	<input type="checkbox"/> サイバー1,000万		円
銀行振込日・振込銀行	月 日 銀行	銀行振込合計保険料 ※銀行振込分の合計保険料をお振込みください	
V. トータルサポートプラン	<input type="checkbox"/> 資料請求希望	円	

<送付先> 取扱保険代理店

株式会社カイトー

FAX : 03-3369-8851

MAIL : med-jns@kaito.co.jp

振込先:みずほ銀行 東京中央支店
普通 2015946 日本脳神経外科学会
「カナ氏名+生年月日(西暦8ケタ)」でお振込ください。

メールはこちら

会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK