


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 ガツカイ タロウ [旧姓: 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@XX.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 重複加入を防ぐための確認項目となっております。会員区分がご不明の場合は、日本医師会へご確認いただきますようお願いいたします。					
※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・医師・もしくは医療施設(郵便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× 病院 〇× 科					
所在地	フリガナ トウキョウトシンジュクク 〒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☑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	<input checked="" type="checkbox"/> 300型 <input type="checkbox"/> 200型 <input type="checkbox"/> 100型 <input type="checkbox"/> ()型 <input checked="" type="checkbox"/> オプション	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 2025年2月1日~1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月()日	新規加入保険料 63,200 円 中途加入保険料 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 <input type="checkbox"/> 診療所(□ 勤務医包括 有)	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 <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 2025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 2025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				
V. トータルサポートプラン	<input type="checkbox"/> 資料請求希望	88,000 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 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 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 重複加入を防ぐための確認項目となっております。会員区分がご不明の場合は、日本医師会へご確認いただきますようお願いいたします。			

※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(郵便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 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	<input type="checkbox"/> 300型	<input type="checkbox"/> 新規 2025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"/> 200型		中途加入保険料 円
	<input type="checkbox"/> 100型		
	<input type="checkbox"/> ()型		
	<input type="checkbox"/> オプション		
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	<input type="checkbox"/> 新規 2025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"/> 診療所(<input type="checkbox"/> 勤務医包括 有)		中途加入保険料 円
III. クレーム対応費用保険	<input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 新規 2025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		
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 2025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		
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 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



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