

# 記入例

公益社団法人 日本整形外科学会 御中

申込日 年 月 日

## 診療所医師賠償責任保険 加入依頼書

<個人情報の取扱について>

保険契約者(公益社団法人 日本整形外科学会)は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。  
損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱い商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他の業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等(外国にある事業者を含みます。)に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報を契約者に対して提供することがあります。なお、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)については損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp>)をご覧ください。取扱代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせください。  
加入者および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意の上ご加入ください。

加入者証送付先	会員住所		医療施設	
会員氏名	フリガナ	ガックイ	タロウ	
		学会 太郎		
会員住所	フリガナ	トウキョウト	シンジュクク	ニシシンジュク
	〒160-0023	東京都	新宿区	西新宿 ○-○-○
TEL	03-XXXX-XXXX	携帯TEL	090-XXXX-XXXX	
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日(西暦)	19XX	年 X 月 X 日生
主たる勤務先病院・医院もしくは医療施設名				
名称	フリガナ	シンジュク	シンリョウジョ	
		新宿 診療所		
所在地	フリガナ	トウキョウト	シンジュクク	ニシシンジュク
	〒160-0023	東京都	新宿区	西新宿 ○-○-○
TEL	03-XXXX-XXXX			
メールアドレス	XXXX@XX.com			
日本医師会 会員区分	<input checked="" type="radio"/> A1会員	<input type="radio"/> A1会員以外	<input type="radio"/> 非会員	
	A1会員は「基本契約」のみご加入いただけます。基本契約は日本医師会の医師賠償責任保険の自己負担額を補完するための契約です。			
経営形態	<input checked="" type="radio"/> 個人	<input type="radio"/> 法人	<input type="radio"/> 一人医療法人	<input type="radio"/> その他
有床・無床区分	<input checked="" type="radio"/> 無床	<input type="radio"/> 有床	( 床)※19床以下に限りです。	
医師賠償責任保険の内容	パンフレットをご参照のうえ、加入型をご選択ください。			
加入日(毎月末日メ切 翌月1日補償開始)	年		月	日
1. 診療所医師賠償責任保険 I. 基本となる契約(医師賠償責任保険)	加入は○印	加入型		保険料
		医師特約	医療施設特約	
	○	300型	300型	133,904 円
II. オプション				
①勤務医師包括担保追加条項	<input type="radio"/>	100型		23,057 円
②借家人賠償責任保険追加条項	<input type="radio"/>	B3型		8,640 円
③傷害見舞費用追加条項	<input type="radio"/>	C1型		1,724 円
④傷害担保追加条項	<input type="radio"/>	D3型		269,376 円
⑤看護職賠償責任保険(包括契約)	<input type="radio"/>	K8型		8,440 円
⑥医療従事者賠償責任保険(包括契約)	<input type="radio"/>	J8型		560 円
⑦医療機関受託者賠償責任保険	<input type="radio"/>	X1型		4,620 円
⑧医療廃棄物排出者責任保険	<input type="radio"/>	Y2型		8,020 円
⑨雇用慣行賠償責任保険	<input type="radio"/>	Z1型		16,000 円
⑩診療所サイバー保険	<input type="radio"/>	S4型		55,880 円
併売商品				
2. 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険	<input type="radio"/>	勤務医包括	<input type="radio"/>	10,000 円
3. クレーム対応費用保険	<input type="radio"/>	プラン	300万	30,000 円
合計保険料				570,221 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-jora@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 1881291 日本整形外科学会  
「カナ氏名+生年月日(西暦8ケタ)」で  
お振込ください。

会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK

## 診療所医師賠償責任保険 加入依頼書

## &lt;個人情報の取扱いについて&gt;

保険契約者(公益社団法人 日本整形外科学会)は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。  
 損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他の業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等(外国にある事業者を含みます。)に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。なお、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。個人情報の取扱いに関わる詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)については損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp>)をご覧ください。また、取扱い代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせください。  
 加入者および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意の上ご加入ください。

加入者証送付先	会員住所		医療施設	
会員氏名	フリガナ			
会員住所	フリガナ			
	〒			
TEL			携帯TEL	
性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	生年月日(西暦)	年 月 日生
主たる勤務先病院・医院もしくは医療施設名				
名称	フリガナ			
所在地	フリガナ			
	〒			
TEL				
メールアドレス				
日本医師会 会員区分	<input type="radio"/> A1会員	<input type="radio"/> A1会員以外	<input type="radio"/> 非会員	
A1会員は「基本契約」のみご加入いただけます。基本契約は日本医師会の医師賠償責任保険の自己負担額を補完するための契約です。				
経営形態	<input type="radio"/> 個人	<input type="radio"/> 法人	<input type="radio"/> 一人医療法人	<input type="radio"/> その他
有床・無床区分	<input type="radio"/> 無床	<input type="radio"/> 有床	( )床 ※19床以下に限ります。	
医師賠償責任保険の内容	パンフレットをご参照のうえ、加入型をご選択ください。			
加入日(毎月末日メ切 翌月1日補償開始)			年	月 日
1. 診療所医師賠償責任保険 I. 基本となる契約(医師賠償責任保険)	加入は○印	加入型		保険料
		医師特約	医療施設特約	
II. オプション				
①勤務医師包括担保追加条項				円
②借家人賠償責任保険追加条項				円
③傷害見舞費用追加条項				円
④傷害担保追加条項				円
⑤看護職賠償責任保険(包括契約)				円
⑥医療従事者賠償責任保険(包括契約)				円
⑦医療機関受託者賠償責任保険				円
⑧医療廃棄物排出者責任保険				円
⑨雇用慣行賠償責任保険				円
⑩診療所サイバー保険				円
併売商品				
2. 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険		勤務医包括		円
3. クレーム対応費用保険		プラン		円
合計保険料				円

&lt;送付先&gt; 取扱保険代理店

株式会社カイトー

FAX : 03-3369-8851

MAIL : med-jora@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 1881291 日本整形外科学会  
 「カナ氏名+生年月日(西暦8ケタ)」で  
 お振込ください。

会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK