加入依頼書　記入例

❶各種お手続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。

❷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、○○病院○○科までご記入ください。

❸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

日本消化器内視鏡学会　団体保険　加入依頼書

申込日 20XX 年 X 月 X 日

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。
・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　カイトウ　タロウ 開東　太郎 [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	(男)　女
TEL	03 (XXXX)XXXX	生年月日	西暦 19XX 年 X 月 X 日生
		携帯TEL	(　　)
❶ メールアドレス	XXXX@XXX.com 各種お手続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	(非会員もしくはA①会員、A②会員以外(B会員))　A①会員　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、○○病院○○科までご記入ください。

❷ 郵送物送付先住所	フリガナ　トウキョウトシブヤク 〒○○○-○○○○ 東京都渋谷区 ○-○-○	
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　トウキョウトシンジュクク 〒○○○-○○○○　東京都新宿区 ○-○-○ TEL 03-XXXX-XXXX	

他の医師賠償責任保険契約	(無)　(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
❸ Ⅰ. 勤務医師賠償責任保険	☑ 300型 ☐ 200型 ☐ 100型 ☐ 1型 ☑ オプション	☑ 新規　2027年3月1日〜1年間 ☐ 中途加入(　)月(　)日	新規加入保険料 44,480 円 中途加入保険料　円	☐ 口座振替 (2027年3月1日付ご加入のみ) ☑ 銀行振込
Ⅱ. 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険	☑ 勤務医 ☐ 診療所(☐ 勤務医包括　有)	☑ 新規　2027年3月1日〜1年間 ☐ 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	☑ 勤務医　☐ 診療所 ☑ 300万　☐ 200万 ☐ 100万　☐ 50万	☑ 新規　2027年3月1日〜1年間 ☐ 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	☑ サイバー5,000万 ☐ サイバー3,000万 ☐ サイバー1,000万	☑ 新規　2027年3月1日〜1年間 ☐ 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	12 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	69,280 円
Ⅴ. ライフサポート制度	☐ 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-jges@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 1924608　日本消化器内視鏡学会
「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

新規加入用

日本消化器内視鏡学会　団体保険　加入依頼書

申込日　　年　　月　　日

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。
・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	(男)　(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	(非会員もしくはA①会員、A②会員以外(B会員))　(A①会員)　(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、○○病院○○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	(無)　(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	□ 300型 □ 200型 □ 100型 □ 1型 □ オプション	□ 新規　2027年3月1日〜1年間 □ 中途加入(　　)月(　　)日	新規加入保険料　　円 中途加入保険料　　円	□ 口座振替 (2027年3月1日付ご加入のみ) □ 銀行振込
Ⅱ. 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険	□ 勤務医 □ 診療所(□ 勤務医包括　有)	□ 新規　2027年3月1日〜1年間 □ 中途加入(　　)月(　　)日	新規加入保険料　　円 中途加入保険料　　円	
Ⅲ. クレーム対応費用保険	□ 勤務医　□ 診療所 □ 300万　□ 200万 □ 100万　□ 50万	□ 新規　2027年3月1日〜1年間 □ 中途加入(　　)月(　　)日	新規加入保険料　　円 中途加入保険料　　円	
Ⅳ. 勤務医サイバー保険	□ サイバー5,000万 □ サイバー3,000万 □ サイバー1,000万	□ 新規　2027年3月1日〜1年間 □ 中途加入(　　)月(　　)日	新規加入保険料　　円 中途加入保険料　　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	円
Ⅴ. ライフサポート制度	□ 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-jges@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 1924608　日本消化器内視鏡学会
「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

キリトリ線