## 加入依頼書 記入例

- ●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。
- ②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。

ョ込内容と下記項目をご確認い 個人情報の取扱い(P19)に同意				込日 20 3 加入を依		X 月	X
氏 名	カイトウ タロ・ 開東 太良					団体権	入確認 構成員確認 情報取扱同意
学会会員番号	02 ( VVVV ) VV	性 別 生年月日			<b>男</b> 9 X X 年	- '	<b>X</b> 日生
TEL	03 ( XXXX )XX	携帯TEL	COT	<u> </u>	(	)	
メールアドレス	XXXXX(@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、A 重複加入を防ぐための確認項目となっ	②会員以外(B会員) っております。会員区分がご不明の場合	、A①会 は、日本医師		*	A②会員 お願いいた	
	医師賠償責任保険に加入されていますので、 まには産業医の補償も含まれているため、本団体				ごけませんのでご	注意くださ	ل۱ <sub>۰</sub>
	ご記入いただいた住所に送付します。 フリガナ トウキョウトシ		勤務先住所	iおよび、C	○病院○○₹	斗までご記	己入ください
郵送物送付先住所	₹000-0000	<u> </u>	)				
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	,,,,					
名 称	フリガナ	V	<b>√</b> =	: Dr.			±\
	フリガナ トウキョウトシ	<b>X</b> ンジュクク	病	沏	$\bigcirc$ $\rangle$	`	科
所在地	〒○○○-○○○○ 東京都新宿 TEL 03-X X X X-X X X	☑ ○-○-○					
他の医師賠償責任保険契約	(無) (保険会社:	保険金額:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	 満期日:	年	月 E
	#1.FD +#+\\\ / -/-				T BAWA	/D BAW	N 1 >-
	加入項目・支払方法に ✓ してくだ ☑ 300型				<b>保険料</b> 保険料	保険料	<b>斗支払</b> 方法
	☑ 300型 □ <b>200型</b>	ätu.	1年間	<b>新</b> 規加入係	呆険料	保険料	<b>斗支払方</b> 法
I. 勤務医師賠償責任保険	☑ 300型 □ 200型 □ 100型		1年間)日	<b>新</b> 規加入係	<sup>保険料</sup> 3,200 円	保険料	科支払方法
I. 勤務医師賠償責任保険	☑ 300型 □ <b>200型</b>	さい。 - - ☑ 新規 2026年2月1日~		新規加入6	<sup>保険料</sup> 3,200 円	保険料	<b>科支払方</b> 法
I. 勤務医師賠償責任保険	<ul><li>№ 300型</li><li>□ 200型</li><li>□ 100型</li><li>□ ( )型</li></ul>	さい。 - - ☑ 新規 2026年2月1日~		新規加入6	R険料 63,200 円 R険料 円		
Ⅱ. 産業医・学校医等	<ul><li>▼ 300型</li><li>□ 200型</li><li>□ 100型</li><li>□ ( )型</li><li>▼ オプション</li></ul>	さい。 - ☑ 新規 2026年2月1日~ - □ 中途加入( )月(	)日	新規加入企 6 中途加入企	R) R	□ 口座 (2026	振替 年2月1日付
	<ul><li>▼ 300型</li><li>□ 200型</li><li>□ 100型</li><li>□ ( )型</li><li>▼ オプション</li></ul>	さい。 - - ☑ 新規 2026年2月1日~ - □ 中途加入( )月(	)日	新規加入係 中途加入係	R) R	□ 口座 (2026 ご加入	振替 年2月1日付 のみ
Ⅱ. 産業医・学校医等	<ul><li>№ 300型</li><li>□ 200型</li><li>□ 100型</li><li>□ ( )型</li><li>№ オプション</li><li>№ 勤務医</li><li>□ 診療所(□ 勤務医包括 有)</li></ul>	さい。 - ☑ 新規 2026年2月1日~ - □ 中途加入( )月(	)日	新規加入6 中途加入6 新規加入6	R)	□ 口座 (2026	振替 年2月1日付 のみ
Ⅱ. 産業医・学校医等	<ul> <li>№ 300型</li> <li>□ 200型</li> <li>□ 100型</li> <li>□ ( )型</li> <li>№ 勤務医</li> <li>□ 診療所(□ 勤務医包括 有)</li> <li>№ 勤務医 □ 診療所</li> </ul>	ざい。  ☑ 新規 2026年2月1日~ □ 中途加入( )月(  ☑ 新規 2026年2月1日~ □ 中途加入( )月(  ☑ 新規 2026年2月1日~	1年間 1年間	新規加入企 中途加入企 中途加入企 中途加入企	R) R	□ 口座 (2026 ご加入	振替 年2月1日付 のみ
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険	<ul><li>№ 300型</li><li>□ 200型</li><li>□ 100型</li><li>□ ( )型</li><li>№ オプション</li><li>№ 勤務医</li><li>□ 診療所(□ 勤務医包括 有)</li></ul>	ざい。  ☑ 新規 2026年2月1日~ □ 中途加入( )月(  ☑ 新規 2026年2月1日~ □ 中途加入( )月(  ☑ 新規 2026年2月1日~	1年間)日	新規加入企 中途加入企 中途加入企 新規加入企 工企加入企	R) R	□ 口座 (2026 ご加入	振替 年2月1日付 のみ
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険	№ 300型	ざい。  N 新規 2026年2月1日~ 中途加入( )月(  N 新規 2026年2月1日~	1年間)日	新規加入企 中途加入企 中途加入企 中途加入企	R)	□ 口座 (2026 ご加入	振替 年2月1日付 のみ
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険 III. クレーム対応費用保険	<ul> <li>▼ 300型</li> <li>□ 200型</li> <li>□ 100型</li> <li>□ ( )型</li> <li>▼ 対プション</li> <li>▼ 勤務医</li> <li>□ 診療所(□ 勤務医包括 有)</li> <li>▼ 勤務医</li> <li>□ 診療所</li> <li>▼ 300万</li> <li>□ 200万</li> <li>□ 100万</li> <li>□ 50万</li> <li>▼ サイバー5,000万</li> </ul>	ざい。  N 新規 2026年2月1日~ 中途加入( )月(	)日 1年間 1年間 1年間 1年間 1年間	新規加入企 中途加入企 中途加入企 新規加入企 新規加入企	R)	□ 口座 (2026 ご加入	振替 年2月1日付 のみ
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険 III. クレーム対応費用保険 IV. 勤務医サイバー保険	№ 300型	ざい。  N 新規 2026年2月1日~ 中途加入( )月(  N 新規 2026年2月1日~	1年間 1年日	新規加入企 中途加入企 中途加入企 新規加入企 新規加入企	R)	□ □座 (2026 ご加入 ☑ 銀行	振替 年2月1日付 のみ 振込
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険 II. クレーム対応費用保険 IV. 勤務医サイバー保険 銀行振込日・振込銀行 V.トータルサポートプラン	図 300型	ざい。  ☑ 新規 2026年2月1日~ □ 中途加入( )月(	)日 1年間 )日 1年間 )日 1年間 )日	新規加入企 中途加入企 中途加入企 新規加入企 中途加入企 新規加入企	R)	□ □座 (2026 (2m) ☑ 銀行	振替 年2月1日付 のみ 振込
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険 III. クレーム対応費用保険 IV. 勤務医サイバー保険 銀行振込日・振込銀行	図 300型	ざい。  N 新規 2026年2月1日~ 中途加入( )月(  N 新規 2026年2月1日~ 中途加入( )月(	1年間 1年日	新規加入企 中途加入企 中途加入企 新規加入企 新規加入企	R)	□ □座 (2026 ご加入 ☑ 銀行	年2月1日付 、のみ

IJ

## 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

月

・個人情報の取扱い(PT9)に同意	§し、パンプレットの内容およびお手続き	きの流れ(P3~5)を確認して「団体保険 <sub>」</sub>	へ加入を依頼します。				
	フリガナ						
氏 名		ご加入確認					
	[旧姓:	]		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)			
3		生年月日	西暦年	月 日生			
TEL	( )	携帯TEL	(	) H <u>T</u>			
		33 13 1 ===	(	,			
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。						
	·			A@A= \			
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) (A③会員) (A③会員) (A②会員) (A②会員) (A②会員) (A③会員) (A②会員) (A③会員) (A③会員) (A③会員) (A③会員) (A③会員) (A③会員) (A③会員) (A②会員) (A③会員) (A④会員) (A⑥会員) (A⑥会員							
※ 4 ① 4 ②合品の生化は日本医師合図		うくあります。芸員区アから不明の場合は、日本区 か務医師賠償責任保険は「1型」のみご加入いた <i>1</i>		フお願いいたします。			
		がた前時負責任休険は「至」のみご加入いだが 本の産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険		注意ください。			
※加入者証は、原則として以下に	こ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。			
	フリガナ		,	110.1-40,111-0.0			
	<del></del>						
型达彻达的几年///							
> 1, +1 1, 1 1							
王たる勤務先病院・医院・もして	くは医療施設(郵便物送付先が勤務先	の場合は、ご記人个要です。)					
名 称	フリガナ						
	表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表						
	フリガナ						
所在地	〒						
	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)			
			/T FA VIA				
	加入項目・支払方法に✓してくだ	: <b>ट</b> い。	<b>保険料</b> 新規加入保険料	保険料支払方法			
I. 勤務医師賠償責任保険	□ 300型	- - □ 新規 2026年2月1日~1年間 - □ 中途加入( )月( )日	机规加八体换件				
	□ 200型		円				
	□ 100型		中途加入保険料	_			
	□ ( )型						
	□ オプション		<b>当</b>				
			新規加入保険料				
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険	□ □ 勤務医		_	□□座振替			
			中途加入保険料	(2026年2月1日付) ご加入のみ			
		□ 中途加入( )月( )日	<b>中</b> /////				
	□ 診療所(□ 勤務医包括 有)			   □ 銀行振込			
			Н				

Ⅲ. クレーム対応費用保険 □ 300万 □ 100万

□ サイバー5,000万 □ サイバー3,000万

□ 勤務医

□ サイバー1,000万

□ 診療所

□ 200万

□ 50万

月

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

□ 新規 2026年2月1日~1年間

□ 新規 2026年2月1日~1年間

□ 中途加入( )月( )日

)月(

)日

□ 中途加入(

Ⅴ. トータルサポートプラン <送付先> 取扱保険代理店

Ⅳ. 勤務医サイバー保険

銀行振込日・振込銀行

株式会社カイトー

FAX: 03-3369-8851 MAIL: med-jns@kaito.co.jp



□ 資料請求希望

「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

銀行

会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK

円

円

円

円

新規加入保険料

中途加入保険料

新規加入保険料

中途加入保険料

円