

# 加入依頼書 記入例

①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。

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。

③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		日本整形外科学会 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。																																		
・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:]																																
性別		男	女	生年月日 西暦 19XX 年 X 月 X 日																														
TEL		03 ( XXXX ) XXXX	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		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け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。																																		
2 郵送物送付先住所		フリガナ トキヨウトシブヤク 〒〇〇〇-〇〇〇〇 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 ○ X	病院	○ X 科																														
所在地		フリガナ トキヨウトシブヤク 〒〇〇〇-〇〇〇〇 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																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">加入項目・支払方法に☑してください。</th> <th>保険料</th> <th>保険料支払方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <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         </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 新規 2026年5月1日~1年間  <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日         </td> <td>           新規加入保険料  <b>63,200 円</b>            中途加入保険料            円         </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> 勤務医  <input type="checkbox"/> 診療所(□ 勤務医包括 有)         </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 新規 2026年5月1日~1年間  <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日         </td> <td>           新規加入保険料  <b>5,000 円</b>            中途加入保険料            円         </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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         </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 新規 2026年5月1日~1年間  <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日         </td> <td>           新規加入保険料  <b>15,000 円</b>            中途加入保険料            円         </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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         </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 新規 2026年5月1日~1年間  <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日         </td> <td>           新規加入保険料  <b>4,800 円</b>            中途加入保険料            円         </td> </tr> <tr> <td colspan="2">銀行振込日・振込銀行</td> <td>2月 1日 XX 銀行</td> <td colspan="2">           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  <b>88,000 円</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">V. トータルサポートプラン</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 資料請求希望         </td> </tr> </tbody> </table>					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	<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 2026年5月1日~1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日	新規加入保険料 <b>63,200 円</b> 中途加入保険料 円	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 診療所(□ 勤務医包括 有)		<input checked="" type="checkbox"/> 新規 2026年5月1日~1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日	新規加入保険料 <b>5,000 円</b> 中途加入保険料 円	<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 2026年5月1日~1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日	新規加入保険料 <b>15,000 円</b> 中途加入保険料 円	<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 2026年5月1日~1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日	新規加入保険料 <b>4,800 円</b> 中途加入保険料 円	銀行振込日・振込銀行		2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 <b>88,000 円</b>		V. トータルサポートプラン		<input type="checkbox"/> 資料請求希望		
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																															
<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 2026年5月1日~1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日	新規加入保険料 <b>63,200 円</b> 中途加入保険料 円																															
<input checked="" type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 診療所(□ 勤務医包括 有)		<input checked="" type="checkbox"/> 新規 2026年5月1日~1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日	新規加入保険料 <b>5,000 円</b> 中途加入保険料 円																															
<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 2026年5月1日~1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日	新規加入保険料 <b>15,000 円</b> 中途加入保険料 円																															
<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 2026年5月1日~1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入( )月( )日	新規加入保険料 <b>4,800 円</b> 中途加入保険料 円																															
銀行振込日・振込銀行		2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 <b>88,000 円</b>																															
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 <b>株式会社カイトー</b> 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ヶタ)」でお振込ください。																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>会員確認</th> <th>入力</th> <th>CHECK</th> <th>修正</th> <th>CHECK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK																									
会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK																														

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		
性別	男	女	生年月日	西暦 年 月 日生			
TEL	( )		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			

※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	□ 新規 2026年5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 (2026年5月1日付) □ 銀行振込
	□ 200型			
	□ 100型			
	□ ( )型			
	□ オプション			
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険	□ 勤務医	□ 新規 2026年5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 (2026年5月1日付) □ 銀行振込
	□ 診療所(□ 勤務医包括 有)			
III. クレーム対応費用保険	□ 勤務医 □ 診療所	□ 新規 2026年5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 (2026年5月1日付) □ 銀行振込
	□ 300万 □ 200万 □ 100万 □ 50万			
	□ サイバー5,000万 □ サイバー3,000万 □ サイバー1,000万			
IV. 勤務医サイバー保険	銀行振込日・振込銀行	月 日	銀行	新規加入保険料 円 中途加入保険料 円
				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	□ 資料請求希望		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



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