

日本消化器内視鏡学会「団体保険」中途加入手続きのご案内

2024年2月29日以前に勤務医師賠償責任保険以外の「産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険」「クレーム対応費用保険」「勤務医サイバー保険」への中途加入をご希望の場合は、次のお手続きをお願いいたします。

ご不明点等ございましたら取扱保険代理店（株）カイトーまでお問い合わせください。

お手続き方法

1. **パンフレットのご確認**：「2023年版団体保険制度のご案内」で、ご加入いただく型・プランをご選択ください。

【2023年版団体保険制度のご案内 パンフレット】

https://www.kaito.co.jp/wp-content/uploads/jges_pam23.pdf



*記載ページ：<産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険>P10～11 / <クレーム対応費用保険>P12～13 / <勤務医サイバー保険>P14～15

2. **加入申込**：「日本消化器内視鏡学会 団体保険 加入依頼書」をご記入のうえ、FAX、MAILいずれかにて取扱保険代理店（株）カイトーまでご提出ください。

3. **保険料の銀行振込**：ご加入いただく型・プランの保険料をご確認のうえ、お振込みください。

※ 保険料は補償開始日によって異なります。
「2023年版団体保険制度のご案内」パンフレットを必ずご確認ください。

【保険料お振込先】

銀行窓口送金・ATM・インターネットバンキングにてお振込ください。

みずほ銀行 東京中央支店 普通 1924608 日本消化器内視鏡学会

依頼人名は必ず「カナ氏名+生年月日（西暦8ケタ）」でお振込ください。

※振込手数料はご依頼人のご負担となっております。

お問い合わせ先

<取扱保険代理店>

株式会社カイトー ドクター営業部

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 7-2-6

TEL：03(3369)8811 FAX：03(3369)8851

E-mail：med-jges@kaito.co.jp

【受付時間】平日/午前9時から午後5時

メールはこちらから↑



<引受保険会社>

損害保険ジャパン株式会社

団体・公務開発部第二課

〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-2-6-1

TEL：03(3349)5402 FAX：03(6388)0161

【受付時間】平日/午前9時から午後5時

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。

パンフレット P19 記載の「個人情報の取扱い」に同意し、パンフレットの内容および保険料の支払い方法を確認して「団体保険」に加入します。

氏名	フリガナ [旧姓:]		
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	西暦 年 月 日生
TEL	()	携帯 TEL	()
学会会員番号		メールアドレス	
日本医師会会員区分	<input type="checkbox"/> 日本医師会非会員 もしくは <input type="checkbox"/> A①会員、 <input type="checkbox"/> A②会員以外 (<input type="checkbox"/> B会員) <input type="checkbox"/> A①会員 <input type="checkbox"/> 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。

日本医師会医師賠償責任保険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。

※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（郵送物送付先が勤務先の場合、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="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (保険会社: 保険金額: 満期日: 年 月 日)

加入項目をご記入ください。

産業医・学校医等嘱託医 活動賠償責任保険	()年()月1日～ 2024年3月1日 毎月月末着金分締切り 翌月1日午後4時補償開始	<input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> オプション	円
クレーム対応費用保険	()年()月1日～ 2024年3月1日 毎月月末着金分締切り 翌月1日午後4時補償開始	<input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> プラン1 <input type="checkbox"/> プラン2 <input type="checkbox"/> プラン3 <input type="checkbox"/> プラン4	円
勤務医サイバー保険	()年()月1日～ 2024年3月1日 毎月月末着金分締切り 翌月1日午後4時補償開始	<input type="checkbox"/> プランA <input type="checkbox"/> プランB <input type="checkbox"/> プランC		円
銀行振込日	月 日	銀行振込合計保険料 ※計算の上、ご記入ください。		円
振込銀行	銀行			
<input type="checkbox"/> ATM・インターネットバンキングでお申込された場合は☑してください。				

<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



メールはこちらから↑

〔代理店使用欄〕

入力	CHECK	修正	CHECK