

加入依頼書は、保険契約申込書の一部を成します。

加入依頼書兼口座振替依頼書のご記入方法

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。

また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく取扱保険代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合はご加入を解除することがあります。ご加入を解除する場合、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

●印は、印鑑の捺印を必要とする項目です。

日本糖尿病学会 御中

日本糖尿病学会医師賠償責任保険 加入依頼書兼口座振替依頼書

加入依頼日 平成 30年 1月 1日 中途加入日 平成 年 月 日 団体コード GP691 【ご加入に際して】

加入者(被保険者)	フリガナ 176 カイトウ タロウ 205 206 姓 開東 太郎 205	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 279 平 5 年 月 日 285 282 大 3 0 0 2 1 8	私(ご加入者)が加入する本会に加入するに同意する旨を記載し、契約者である団体に捺印してご記入ください。 ★他の保険契約等※1 ※1他の保険契約等(この保険契約の全額または一部に付して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には、既に告知したものを除きます。
加入者(被保険者)	フリガナ 56 トウキョウト シンジュクク ニシシンジュク7-2-6 漢字 116 東京都新宿区西新宿7-2-6	電話番号 266 03-3369-8811 277	
勤務先	名 東海 病院 勤務先住所 〒102-8014 カネキョダクサンバンキョウ 内 科 十代田区三番町6-4 TEL 03-3515-4153 メールアドレス med.lia-ins@kaito.co.jp 会員番号 123456		

勤務医師賠償責任保険

①ご希望のタイプに○をつけてください。

記入欄	タイプ名	支払限度額(1事故/保険期間中)	免責金額(自己負担額)
<input checked="" type="radio"/>	Sタイプ	2億円 / 6億円	0円
<input type="radio"/>	Aタイプ	1億円 / 3億円	0円
<input type="radio"/>	Mタイプ	100万円 / 300万円	0円

②下記の告知事項にご回答ください。

<p>告知事項申請書</p> <p>★1.本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか(過去に当会社と締結した保険契約の申込み時において、既に告知いただいたものを除きます。)</p> <p>★2.本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実が既に発生していることを知っていますか(過去に当会社と締結した保険契約の申込み時において、既に告知いただいたものを除きます。)</p> <p>☆3.現在、病院・診療所を開設していますか? また平成31年5月1日までに病院・診療所を開設する予定がありますか?</p>	<p>左記1~3のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容</p>
---	-------------------------------------

★他の保険契約等(※) 具体的な内容をご記入ください。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	商品名	満期日(補償の完了する日)	保険金額・支払限度額(ご契約金額)
				万円
				万円

※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

金融機関提出用 **預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加)**

銀行 農協 信用金庫 信用組合 労働金庫 御中 労働金庫

銀 行 農 協 信 用 金 庫 信 用 組 合 勞 働 金 庫

1 2 3 2 8 2 0 月 日 5 0 0 0 0 1 2 4 5 2

金融機関使用事項 (不備返却事由)

1 預金取引なし	3 印鑑不達
2 記載事項が相違	4 その他事由
イ.預金種目	ウ.口座番号
エ.口座名義	

金融機関お届け印

指定口座

ゆうちょ銀行	種目コード 16630	通帳記号 458 0	通帳番号(右つめてご記入ください) 460 461 467
カナ 預貯金者名 カイトウ タロウ	口座番号 00140-5-120363	払込先加入者名 明治安田システム・テクノロジー株式会社	払込金の種別 集金 30

口座番号は通帳やカードでご確認の上、右つめてご記入ください。

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。

平成29年10月作成 17-T05991

本依頼書記入日をお書きください。

ご捺印をお願いいたします。

自宅・勤務先どちらのメールアドレスでも結構です。

日本糖尿病学会の会員番号を必ずご記入ください。

本依頼書記入日をお書きください。

必ず金融機関お届け印を押してください。

日本糖尿病学会の会員番号をご記入ください。

口座番号は通帳やカードでご確認の上、右つめてご記入ください。

金融機関にお届けの氏名をご記入ください。

勤務医師賠償責任保険にご加入される方

- ①ご希望のタイプに○をつけてください。
- ②告知事項にご回答ください。

告知事項・通知事項は、保険種類ごとに異なります。右表をご確認いただき、正しくご記入いただきますようお願いいたします。

正しく告知・通知いただけない場合はご加入を解除することがあります。ご加入を解除する場合、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

告知事項	告知事項かつ通知事項	医師賠償責任保険
被保険者名	☆	☆
損害賠償請求に関する告知	★	★
病院・診療所開設予定に関する告知	☆	☆
他の保険契約等	★	★

日本糖尿病学会医師賠償責任保険 加入依頼書兼口座振替依頼書

加入依頼書兼口座振替依頼書は、
保険契約申込書の一部を成します。

加入依頼日 平成 年 月 日 中途加入日 平成 年 月 日 団体コード GP691

【ご加入に際して】

加入者(被保険者)	☆ご氏名	176 フリガナ 206 姓	名	205 265	性別 男 女 279 平 昭 5 3 大 2	生年月日				285 日
	職業・職務	★他の保険契約等*1				あり なし	*1他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には「あり」に○をし、該当目欄に詳細をご記入ください。			

私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。
①私が契約者である団体の構成員であること
②裏面の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

加入者(被保険者)	ご住所	〒 49 51 52 55	電話番号	266	277
		フリガナ ⁵⁶ 漢字 ¹¹⁶			115 175

勤務先	名	病院	〒	—	カナ
		科			
	TEL	—	—	メールアドレス	会員番号

勤務医師賠償責任保険

①ご希望のタイプに○をつけてください。

記入欄	タイプ名	支払限度額(1事故/保険期間中)	免責金額(自己負担額)
<input type="radio"/>	Sタイプ	2億円 / 6億円	0円
<input type="radio"/>	Aタイプ	1億円 / 3億円	0円
<input type="radio"/>	Mタイプ	100万円 / 300万円	0円

②下記の告知事項にご回答ください。

告知事項申告欄 お知らせください お知らせください	はい	いいえ	左記1~3のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容
★1.本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか(過去に当会社と締結した保険契約の申込み時において、既に告知いただいたものを除きます。)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
★2.本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実が既に発生していることを知っていますが(過去に当会社と締結した保険契約の申込み時において、既に告知いただいたものを除きます。)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
☆3.現在、病院・診療所を開設していますか? また平成31年5月1日までに病院・診療所を開設する予定がありますか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

★他の保険契約等(*) 具体的な内容をご記入ください。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	商品名	満期日(補償の完了する日)	保険金額・支払限度額(ご契約金額)
				万円
				万円

(*)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

金融機関提出用

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加)

銀行 農協
信用金庫 漁協
信用組合 御中
労働金庫

新規2 変更3 H1113A3(510)023

1 2 3 4 5 月 12 13 22

232820 5000012452

会費書 23

申込日 平成 年 月 日

収納代行会社 明治安田システム・テクノロジー株式会社

捨印

契約者及び預金者は、預金口座振替の方法により収納代行会社、明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)を通じて行うこととしたいので、裏面の預金口座振替規定を承認のうえ依頼します。

金融機関使用事項
(不備返却事由)

1 預金取引なし	3 印鑑相違
2 記載事項等相違	4 その他事由
ア.店名 イ.預金種目 ウ.口座番号 エ.口座名義	

(お願い)この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印を付けて明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。

(〒135-8385東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階 TEL:03-3615-3121)

指定口座	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協	本店 出張所	金融機関番号 289:	店舗番号 293:	預金種目 296 普通1 当座2	口座番号(右つめでご記入ください) 297: 303
	ゆうちょ銀行	種目コード 1 6 6 3 0 454 9 9 0 0 457	契約種別コード 1	通帳記号 458 460 の 461	通帳番号(右つめでご記入ください) 467	
	払込先口座番号	00140-5-120363	払込先加入者名	明治安田システム・テクノロジー株式会社	払込金の種別	集金 30
	口座名義人(預・貯金者名)	カナ 預・貯金者名	304	口座名義人(預・貯金者名)	金融機関お届け印	振替日 12日または27日 [当日が休業日の場合は翌営業日]

検印

印鑑照合

受付印
取扱店日附印

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑤の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、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されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

—預金口座振替規定— ゆうちょ銀行は除く*

1. 貴行(金庫・組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
3. この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申し出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものととして取扱ってさしつかえありません。
4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。

* ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。