

日本消化器内視鏡学会 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 年 月 日

・個人情報の取扱い(P7)に同意し、パンフレットの内容およびお手続きの流れ(P3、P4)を確認して「団体保険」へ加入を依頼します。

氏名	フリガナ				ご加入確認 団体構成員確認 個人情報取扱同意
	[旧姓:]				
性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女			
学会会員番号		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	<input type="radio"/> 非会員もしくはA①会員、A②会員以外(B会員)		<input type="radio"/> A①会員		<input type="radio"/> 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、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	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (保険会社: 保険金額: 満期日: 年 月 日)	

加入項目・保険料支払方法を ✓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	加入型 (2023年 3月1日～ 1年間)	<input type="checkbox"/> 300型	保険料 62,400円	新規加入保険料 円	<input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込
		<input type="checkbox"/> 200型	保険料 51,570円		
		<input type="checkbox"/> 100型	保険料 40,660円		
		<input type="checkbox"/> 1型	保険料 4,000円		
	オプション	<input type="checkbox"/> 医療付随業務担保追加条項	800円	円	
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険	中途加入 ()月()日 ※学会指定口座着金日 翌日または翌月1日から 補償開始	加入型	<input type="checkbox"/> 300型	中途加入保険料 円	<input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 銀行振込
			<input type="checkbox"/> 200型		
			<input type="checkbox"/> 100型		
			<input type="checkbox"/> 1型		
オプション	<input type="checkbox"/> 医療付随業務担保追加条項		円		
III. クレーム対応費用保険	<input type="checkbox"/> 勤務医師 <input type="checkbox"/> 診療所 基本 <input type="checkbox"/> オプション <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院 基本 <input type="checkbox"/> オプション <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 新規 2023年3月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月1日	新規加入保険料	銀行振込のみ	
			円		
			中途加入保険料		
			円		
IV. 勤務医サイバー保険	<input type="checkbox"/> 勤務医師 <input type="checkbox"/> 診療所 プラン① <input type="checkbox"/> プラン② プラン③ <input type="checkbox"/> プラン④	<input type="checkbox"/> 新規 2023年3月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月1日	新規加入保険料	銀行振込のみ	
			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	<input type="checkbox"/> 資料請求希望			円	

<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



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)」でお振込みください。

会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK