

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。

・パンフレットの内容および「お手続き方法」上段記載の個人情報の取扱に同意し、保険料の支払い方法を確認し加入を依頼します。

氏名	フリガナ [旧姓:]			ご加入確認印 団体構成員確認 個人情報取扱同意印	印
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「I型」のみご加入いただけます。

※日本医師会医師賠償責任保険には産業医賠償責任保険も含まれているため、産業医・学校医等委嘱医活動賠償責任保険は加入対象外となります。

※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	
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 checked="" type="radio"/> 有 (保険会社: 保険金額: 満期日: 年 月 日)

加入項目・支払方法（勤務医師賠償責任保険）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	基本型	<input type="checkbox"/> 300型	保険料 62,400円	円	<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"/> ()型	※保険料はパンフレット参照		
	オプション	<input type="checkbox"/> 医療付随業務担保追加条項	800円	円	
中途加入	()月()日 から2021年2月1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	基本	<input type="checkbox"/> 200型 <input type="checkbox"/> 100型 <input type="checkbox"/> ()型	円	銀行振込のみ
		オプション	<input type="checkbox"/> 医療付随業務担保追加条項	円	
II. 産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険	<input type="checkbox"/> 勤務医師	<input type="checkbox"/> 新規 2021年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入 ()月1日から2021年2月1日 ※ご加入希望月の前月末日申込締切	新規保険料	円	
	基本 <input type="checkbox"/>		中途加入保険料	円	
	<input type="checkbox"/> 医院・診療所		円		
	基本 <input type="checkbox"/> オプション <input type="checkbox"/>		円		
III. クレーム対応費用保険	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 新規 2021年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 継続 2021年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入 ()月1日から2021年2月1日 ※ご加入希望月の前月末日申込締切	新規・継続保険料	円	
	基本 <input type="checkbox"/> オプション <input type="checkbox"/>		中途加入保険料	円	
	<input type="checkbox"/> プラン①		円		
	<input type="checkbox"/> プラン②		円		
IV. 勤務医サイバー保険	<input type="checkbox"/> プラン③	<input type="checkbox"/> 新規 2021年2月1日～1年間	円		
	<input type="checkbox"/> プラン④		円		
	<input type="checkbox"/> プランA		円		
	<input type="checkbox"/> プランB				
	<input type="checkbox"/> プランC				
銀行振込日	年 月 日	銀行振込合計保険料		円	
振込銀行	銀行 支店	※銀行振込分の合計保険料 をお振込ください。			
<input type="checkbox"/> ATM・インターネットバンキングで振込した場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。					

株式会社カイトー
FAX 03-3369-8851

<代理店使用欄>

会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK