

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。

申込日 年 月 日

パンフレットの内容および個人情報の取扱い(P7)に同意し、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 [旧姓:] | | | ご加入確認 団体構成員確認 個人情報取扱同意 |
| 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。

なお、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 | |
| 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・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 (2022年2月1日～1年間) | <input type="checkbox"/> 300型 保険料 62,400円 | 新規加入保険料 <input type="checkbox"/> クレジットカード払 <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 円 | |
| | オプション | <input type="checkbox"/> 医療付随業務担保追加条項 800円 | |
| 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 | 基本 <input type="checkbox"/> 300型 <input type="checkbox"/> 200型 <input type="checkbox"/> 100型 <input type="checkbox"/> ()型 | 中途加入保険料 <input type="checkbox"/> クレジットカード払 <input type="checkbox"/> 銀行振込 |
| | | 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 基本 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 新規 2022年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月1日 | 新規加入保険料 円 中途加入保険料 円 銀行振込のみ |
| | <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"/> | | |
| | | | |
| III. クレーム対応費用保険 | <input type="checkbox"/> 勤務医師 <input type="checkbox"/> 診療所 | <input type="checkbox"/> 新規 2022年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月1日 | 新規加入保険料 円 中途加入保険料 円 |
| | <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 | | |
| | | | |
| IV. 勤務医サイバー保険 | <input type="checkbox"/> プランA <input type="checkbox"/> プランB <input type="checkbox"/> プランC | <input type="checkbox"/> 新規 2022年2月1日～1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入()月1日 | 新規加入保険料 円 中途加入保険料 円 |
| | | | |
| トータルサポートプラン | <input type="checkbox"/> 資料請求を希望します。 | | |
| 銀行振込日 | 年 月 日 | 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 | |
| 振込銀行 | 銀行 支店 | 円 | |
| <input type="checkbox"/> ATM・インターネットバンキングで振込した場合は☑してください。 | | | |

株式会社カイトー

FAX : 03-3369-8851

MAIL : med-jns@kaito.co.jp

振込先:みずほ銀行 東京中央支店
普通 2015946 日本脳神経外科学会
「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 |
| | | | | |