

# 加入依頼書 記入例

- 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。
- 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。
- ご希望の加入項目に☑して保険料をご記入ください。

新規加入用		日本整形外科学会 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 20XX年 X月 X日				
・個人情報の取扱い(P19)に同意し、パンフレットの内容およびお手続きの流れ(P3~5)を確認して「団体保険」へ加入を依頼します。						
氏名	フリガナ ガクカイ タロウ 学会 太郎	ご加入確認 団体構成員確認 個人情報取扱同意				
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	西暦 20XX年 X月 X日生			
TEL	03 (XXXX) XXXX	携帯TEL	( )			
メールアドレス	XXXX@XXX.com 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 checked="" type="checkbox"/> 非会員もしくはA①会員、A②会員以外(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。						
2 郵送物送付先住所	フリガナ トウキョウトシブヤク 〒〇〇〇-〇〇〇 東京都渋谷区 〇-〇-〇	主たる勤務先病院・医師・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 〇× 病院 〇× 科					
所在地	フリガナ トウキョウトシンジュクク 〒〇〇〇-〇〇〇 東京都新宿区 〇-〇-〇 TEL 03-XXXX-XXXX					
他の医師賠償責任保険契約	<input checked="" 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			
3 I. 勤務医師賠償責任保険	加入型 (2023年5月1日~1年間) <input checked="" type="checkbox"/> 300型 保険料 62,400円 <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	新規加入保険料 62,400円	<input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 口座振替 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込			
	オプション <input checked="" type="checkbox"/> 医療付随業務担保追加条項 800円	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	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			
	加入型 <input type="checkbox"/> 300型 <input type="checkbox"/> 200型 <input type="checkbox"/> 100型 <input type="checkbox"/> ( )型 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 checked="" type="checkbox"/> 勤務医師 基本 <input checked="" type="checkbox"/> <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"/>	新規加入保険料 5,000円 中途加入保険料 円	銀行振込のみ			
	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 2023年5月1日~1年間 <input type="checkbox"/> 中途加入( )月1日	円				
III. クレーム対応費用保険	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務医師 <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 checked="" type="checkbox"/> プラン④	新規加入保険料 15,000円 中途加入保険料 円				
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 checked="" type="checkbox"/> プランC	新規加入保険料 4,800円 中途加入保険料 円				
銀行振込日・振込銀行	2月 1日 XX 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 88,000円				
V. トータルサポートプラン	<input type="checkbox"/> 資料請求希望					
<送付先> 取扱保険代理店 株式会社カイトー FAX : 03-3369-8851 MAIL : med-jora@kaito.co.jp		振込先:みずほ銀行 東京中央支店 普通 1881291 日本整形外科学会 「カナ氏名+生年月日(西暦8ケタ)」でお振込ください。 メールはこちら				
		会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK

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(P19)に同意し、パンフレットの内容およびお手続きの流れ(P3～5)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	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。

		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 5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 <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	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	加入型	<input type="checkbox"/> 300型	中途加入保険料	<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"/> ( )型		
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 2023年5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
	基本 <input type="checkbox"/>		円		
	<input type="checkbox"/> 診療所		中途加入保険料		
	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"/> 勤務医師 <input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 新規 2023年5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
	<input type="checkbox"/> プラン① <input type="checkbox"/> プラン②		円		
	<input type="checkbox"/> プラン③ <input type="checkbox"/> プラン④		中途加入保険料		
			円		
IV. 勤務医サイバー保険	<input type="checkbox"/> プランA	<input type="checkbox"/> 新規 2023年5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
	<input type="checkbox"/> プランB		円		
	<input type="checkbox"/> プランC		中途加入保険料		
銀行振込日・振込銀行	月 日	銀行	銀行振込合計保険料		円
V. トータルサポートプラン			※銀行振込分の合計保険料をお振込みください		
<input type="checkbox"/> 資料請求希望					

&lt;送付先&gt; 取扱保険代理店

株式会社カイトー

FAX : 03-3369-8851

MAIL : med-jora@kaito.co.jp

振込先:みずほ銀行 東京中央支店  
普通 1881291 日本整形外科学会  
「カナ氏名+生年月日(西暦8ケタ)」でお振込みください。

メールはこちら

会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK