

日本消化器病学会 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下記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。

- 保険契約者（一般財団法人日本消化器病学会）は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。
- 損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等（外国にある事業者を含みます。）に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。なお、保健医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、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します。個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧ください。取扱保険代理店または損保ジャパンまでお問い合わせ願います。
- 加入者および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意のうえご加入ください。

氏名	フリガナ _____		ご加入確認印 団体構成員確認 個人情報取扱同意印		印
	[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					
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 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	中途加入	() 月 () 日から 2021年9月1日	<input type="checkbox"/> 300型 <input type="checkbox"/> 200型 <input type="checkbox"/> () 型 <input type="checkbox"/> オプション	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"/> 中途加入 () 月1日から2021年9月1日 ※ご加入希望月の 前月末日申込締切	円
	<input type="checkbox"/> 医院・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"/>			銀行振込のみ
III. クレーム対応費用保険	<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		<input type="checkbox"/> 中途加入 () 月1日から2021年9月1日 ※ご加入希望月の 前月末日申込締切	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 type="checkbox"/> プランC		<input type="checkbox"/> 中途加入 () 月1日から2021年9月1日 ※ご加入希望月の 前月末日申込締切	円
銀行振込日	年	月	銀行振込合計保険料	
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。			円	

株式会社カイトー
FAX 03-3369-8851

会員確認	入力	CHECK	修正	CHECK