

日本神経学会医師賠償責任保険・所得補償(基本1年型・ロングサポート型(GLTD)) 加入依頼書兼口座振替依頼書

加入依頼書兼口座振替依頼書は、保険契約申込書の一部を成します。

加入依頼日 平成 年 月 日 | 中途加入日 平成 年 月 日 | 団体コード:(医師賠)FA866(所補)FP087

★または☆が付された事項は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合やこれらに事実をお答えいただかない場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。
また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なくご加入の取扱保険代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は、保険金が削減されること、または、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

【ご加入に際して】

- 私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。
- ①私が契約者である企業または団体の構成員であること
 - ②重要事項説明書の内容
 - ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
 - ④パンフレット記載の「個人情報取扱に関するご案内」の内容
 - ⑤パンフレット記載の「告知の大切さに関するご案内」の内容

●白地の部分のみを記入してください

加入者(被保険者) ☆ご氏名	フリガナ	205	印 私は「ご加入に際して」を確認し、契約者である団体に対して加入を依頼します。	*性別	★生年月日			
	206 姓	265 名			279 男	平 5	年	月
★他の保険契約等*1	あり	なし	☆職業・職務	279 女	昭 3			
	*1他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には「あり」に○をし、該当項目欄に詳細をご記入ください。				大 2			

加入者(被保険者) ご住所	〒	49		51	56カナ															
	〒	52			漢字	116														
											115	電話番号								
											175	265								

勤務先名称	病院		科	TEL	-	-
勤務先住所	〒	-	カナ			

メールアドレス		会員番号				
---------	--	------	--	--	--	--

①ご希望のタイプに○をつけてください。 ②下記の告知事項にご回答ください。

記入欄	タイプ名	支払限度額 (1事故/保険期間中)	免責金額 (自己負担額)	告知事項 申告欄 どなかにか○をお付けください	★1.本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか(過去に東京海上日動火災保険(株)と締結した保険契約の申込み時において、既に告知いただいたものを除きます。)	
<input type="radio"/>	Sタイプ	2億円/6億円	0円		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Aタイプ	1億円/3億円	0円		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bタイプ	5千万円/1.5億円	0円		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

☆3.現在、病院・診療所を開設していますか? また平成30年12月1日までに病院・診療所を開設する予定がありますか?
上記1.~3.のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容

所得補償(基本1年型)				所得補償(ロングサポート型(GLTD))			
①ご希望のプランに○をつけてください。 ②ご希望の加入口数をご記入ください。				①ご希望のプランに○をつけてください。 ②ご希望の加入口数をご記入ください。			
記入欄	プラン名	天災補償	Aプラン 1口10万円 × <input type="text"/> 口	記入欄	プラン名	免責期間	1口10万円 × <input type="text"/> 口
<input type="radio"/>	Aプラン	なし	Wプラン 1口10万円 × <input type="text"/> 口	<input type="radio"/>	180プラン	180日	(※15口限度)
<input type="radio"/>	Wプラン	あり	(※AプランとWプランを合計して15口が限度)	<input type="radio"/>	369プラン	369日	

★②健康状態告知 パンフレットP16をご確認いただき、告知をご記入ください。

質問①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	質問②	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	質問③	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----------------------	-----	-----------------------	-----------------------	-----	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

③ご署名をお願いいたします。

上記告知内容、「ご加入に際して」の内容について確認・同意します。	告知日(ご記入日)	氏名(自署)	印
	平成 年 月 日		

★他の保険契約等(*) 勤務医師賠償責任保険・所得補償保険・団体長期障害所得補償保険の具体的な内容をご記入ください。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日(補償の完了する日)	保険金額・支払限度額(ご契約金額)
				万円
				万円

(*)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

勤務医師賠償責任保険に加入される方はこちらにご記入ください。

金融機関提出用

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加)

銀行 農協
信用金庫 漁協
信用組合 御中
労働金庫

新規2 変更3 H1113A3(510)023

1	2	3	2	8	2	0	月	12	13	5	0	0	0	1	0	4	3	8	22
---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

契約者及び預金者は、預金口座振替の方法により収納代行業社、明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)を通じて行うこととしたいので、裏面の預金口座振替規定を承認のうえ依頼します。

金融機関使用事項 (不備返却事由)

1 預金取引なし	3 印鑑相違
2 記載事項等相違 ア.店名 イ.預金種目 ウ.口座番号 エ.口座名義	4 その他 事由

会員番号 23

申込日 平成 年 月 日

収納代行業社 明治安田システム・テクノロジー株式会社



左つめでご記入ください。

指定口座	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協	本店 支店 出張所	金融機関番号 289	店舗番号 293	預金種目 296 普通1 当座2	口座番号(右つめでご記入ください) 297	303
	ゆうちょ銀行	種目コード 1 6 6 3 0 454 457 9 9 0 0	契約種別コード 1	通帳記号 458 460 0	通帳番号(右つめでご記入ください) 461 467	の	467
	払込先口座番号	00140-5-120363	払込先加入者名	明治安田システム・テクノロジー株式会社	払込金の種別	集金	30
	カナ 預・貯金者名	304					333
口座名義人 (預・貯金者名)			金融機関 お届け印	印	振替日 12日または27日 [当日が休業日の場合は翌営業日]		

(お願い)この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印を付けて明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。
(〒135-8385東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階 TEL03-3615-3121)

検印
印鑑照合
受付印 取扱店日附印

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。

所得補償〈基本1年型・ロングサポート型(GLTD)〉に加入される方はこちらにご記入ください。

金融機関提出用

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加)

銀行 農協
信用金庫 漁協
信用組合 御中
労働金庫

新規2 変更3 H1113A3(510)023

1	2	3	2	8	2	0	月	12	13	5	0	0	0	1	1	2	3	1	22
---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

契約者及び預金者は、預金口座振替の方法により収納代行業社、明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)を通じて行うこととしたいので、裏面の預金口座振替規定を承認のうえ依頼します。

金融機関使用事項 (不備返却事由)

1 預金取引なし	3 印鑑相違
2 記載事項等相違 ア.店名 イ.預金種目 ウ.口座番号 エ.口座名義	4 その他 事由

会員番号 23

申込日 平成 年 月 日

収納代行業社 明治安田システム・テクノロジー株式会社



左つめでご記入ください。

指定口座	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協	本店 支店 出張所	金融機関番号 289	店舗番号 293	預金種目 296 普通1 当座2	口座番号(右つめでご記入ください) 297	303
	ゆうちょ銀行	種目コード 1 6 6 3 0 454 457 9 9 0 0	契約種別コード 1	通帳記号 458 460 0	通帳番号(右つめでご記入ください) 461 467	の	467
	払込先口座番号	00140-5-120363	払込先加入者名	明治安田システム・テクノロジー株式会社	払込金の種別	集金	30
	カナ 預・貯金者名	304					333
口座名義人 (預・貯金者名)			金融機関 お届け印	印	振替日 12日または27日 [当日が休業日の場合は翌営業日]		

(お願い)この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印を付けて明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。
(〒135-8385東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階 TEL03-3615-3121)

検印
印鑑照合
受付印 取扱店日附印

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。

—預金口座振替規定— ゆうちょ銀行は除く*2

1. 貴行(金庫・組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
 2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
 3. この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申し出をしない限り、貴行はこの契約が終了したのものとして取扱ってさしつかえありません。
 4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。
- *2 ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

—預金口座振替規定— ゆうちょ銀行は除く*2

1. 貴行(金庫・組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
 2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
 3. この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申し出をしない限り、貴行はこの契約が終了したのものとして取扱ってさしつかえありません。
 4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。
- *2 ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。