

私は、**団体 歯科医師賠償責任保険** に加入いたします。

・(取扱代理店のホームページからパンフレットをダウンロードする場合) 私は、加入勧奨時に通知・配布された説明資料等に記載のURL・二次元コードにより重要事項説明書の交付を受けることを承諾のうえ、ダウンロードを行い、商品内容が自身の意向に合致していることを確認しました。また、記載の重要事項(「契約概要」「注意喚起情報」を含む)について了承のうえ、以下のとおり加入を申込みます。

・私はパンフレットまたは引受保険会社の公式ウェブサイト (<https://www.sompo-japan.co.jp/>) に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

※ご提出いただいた情報は、保険契約のお申込にのみ利用させていただきます。学会の会員情報を変更する場合は、学会事務局までご連絡ください。

申込日20年 月 日

加入者	学会員番号 (右詰で記載をお願いします。)																	
	〒	-		電話番号														
		フリガナ										生年月日						
	住所											☒ 2大 ☒ 3昭	年	月	日生			
加入者名	フリガナ										性別		☒ 男 ☒ 女					
	印										他の保険契約の有無(注)							
											☒ 有 → 保険会社:							
											☒ 無 保険金額:							
被保険者	※加入者と同じ場合は、ご記入不要です。 <被保険者の範囲> 会員の配偶者・会員が開業する医院の勤務医師の方																	
	フリガナ										生年月日							
											☒ 2大 ☒ 3昭	年	月	日生				
											☒ 4平 ☒ 5令	年	月	日生				
勤務病院・医院もしくは医療施設欄	名称	※医療法人の場合は、名称欄に医療法人名からご記入ください。												経営形態				
		フリガナ																
	住所	〒	-		電話番号													
		フリガナ																
名称		フリガナ												☒ 法人				
住所		フリガナ												☒ 個人				
														☒ 一人法人				
														☒ その他				

契約型	☒ 勤務医	☒ 開設者	保険料					円
-----	---	---	-----	--	--	--	--	---

※中途加入される場合、加入月により保険料が異なります。詳細はパンフレットをご確認ください。

本加入依頼書と口座振替依頼書を返信用封筒でご提出願います。

なお、次年度以降はお客様より継続停止希望のご連絡をいただかない限り自動継続となります。

保険料振込先	みずほ銀行 東京中央支店 普通預金口座 口座番号 2105805 口座名義 日本歯科保存学会 医師賠償責任保険口	加入依頼書 ご提出先・問い合わせ先	取扱代理店 損保ジャパンパートナーズ株式会社 団体職域第二部 〒163-0417 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビルディング17階 TEL 03-6279-0654 (受付時間 平日9時～17時)
--------	--	----------------------	--

(注) 「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部について支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。傷害保険の場合、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、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。