

- 太線内はもれなくご記入ください。
- フリガナまで必ずご記入ください。
- 必ずご捺印ください。
- 開設者様も一緒にご記入いただけます。
- 会員番号は必ずご記入ください。  
※会員番号を取得したうえでお申込みください。

申込日 年 月 日

代表者の方は、「勤務先病院（診療所）欄」を必ずご記入ください。

【加入者証の発送について】  
加入者住所へ直接お送りいたします。  
勤務先にお届けをご希望の場合は、住所欄に勤務先（部署名まで）をご記入ください。

| No. | 会 員 番 号<br><small>(注1)</small> | 加 入 者 (被 保 険 者)           |                                                                                            | 他 の 保 険 契 約 等<br><small>(注2)</small>    | 経 営 形 態                                 | 契 約 型                                 | 加 入 型                               | 保 険 料       |
|-----|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
|     |                                | 氏 名                       | 住 所                                                                                        |                                         |                                         |                                       |                                     |             |
| 記入例 | 会員番号<br>1 2 3 4 5 6            | フリガナ ソンボ タロウ<br>損保 太郎 (印) | フリガナ トウキョウト シンジュク ニシシンジュク 1-26-1<br>〒 160-8338<br>東京都新宿区西新宿 1-26-1<br>TEL 03 ( 3349 ) 3111 | 他の保険契約等<br>がありますか？<br>⑨あり →<br>(右に記入)   | 会 社 名<br>保険種類<br>満 期 日 年 月 日<br>保険金額 万円 | (法人) (個人) (勤務医)<br>(一人法人) (その他) (開設者) | (S1) (S2)<br>(D1) (D2)<br>(A) (B) 型 | 円<br>20,050 |
|     | 1                              | フリガナ<br>(印)               | フリガナ<br>〒 -<br>TEL ( )                                                                     | 他の保険契約等<br>がありますか？<br>⑨あり →<br>(右に記入)   | 会 社 名<br>保険種類<br>満 期 日 年 月 日<br>保険金額 万円 | (法人) (個人) (勤務医)<br>(一人法人) (その他) (開設者) | (S1) (S2)<br>(D1) (D2)<br>(A) (B) 型 | 円           |
| 2   | フリガナ<br>(印)                    | フリガナ<br>〒 -<br>TEL ( )    | 他の保険契約等<br>がありますか？<br>⑨あり →<br>(右に記入)                                                      | 会 社 名<br>保険種類<br>満 期 日 年 月 日<br>保険金額 万円 | (法人) (個人) (勤務医)<br>(一人法人) (その他) (開設者)   | (S1) (S2)<br>(D1) (D2)<br>(A) (B) 型   | 円                                   |             |
| 3   | フリガナ<br>(印)                    | フリガナ<br>〒 -<br>TEL ( )    | 他の保険契約等<br>がありますか？<br>⑨あり →<br>(右に記入)                                                      | 会 社 名<br>保険種類<br>満 期 日 年 月 日<br>保険金額 万円 | (法人) (個人) (勤務医)<br>(一人法人) (その他) (開設者)   | (S1) (S2)<br>(D1) (D2)<br>(A) (B) 型   | 円                                   |             |
| 4   | フリガナ<br>(印)                    | フリガナ<br>〒 -<br>TEL ( )    | 他の保険契約等<br>がありますか？<br>⑨あり →<br>(右に記入)                                                      | 会 社 名<br>保険種類<br>満 期 日 年 月 日<br>保険金額 万円 | (法人) (個人) (勤務医)<br>(一人法人) (その他) (開設者)   | (S1) (S2)<br>(D1) (D2)<br>(A) (B) 型   | 円                                   |             |
| 5   | フリガナ<br>(印)                    | フリガナ<br>〒 -<br>TEL ( )    | 他の保険契約等<br>がありますか？<br>⑨あり →<br>(右に記入)                                                      | 会 社 名<br>保険種類<br>満 期 日 年 月 日<br>保険金額 万円 | (法人) (個人) (勤務医)<br>(一人法人) (その他) (開設者)   | (S1) (S2)<br>(D1) (D2)<br>(A) (B) 型   | 円                                   |             |

〒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  
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

(注 1) 日本口腔外科学会の会員ではない先生は、ご加入になれません。  
(注 2) 「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。

団体 ■ 歯科医師賠償責任保険 (一括加入用) 加入依頼書  
■ 歯科医師総合賠償責任保険

公益社団法人 日本口腔外科学会を契約者とする 団体 ■ 歯科医師賠償責任保険 に加入します。  
■ 歯科医師総合賠償責任保険

・(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・配付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、説明資料等または引受保険会社の公式ウェブサイトに掲載の個人情報の取扱いに同意します。  
※本帳票は加入者連記式帳票です。個人情報各加入者の目に触れる帳票となりますので、取扱にはご注意ください。  
※事故が発生した場合、当該事故の紛争処理が日本医師会賠償責任審査会に付託されたときには、その裁定額を限度に承認または決定するものとします。  
※【重要】事実と異なる内容を記載した場合や事実を記載しなかった場合には、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。

|                |       |                        |           |
|----------------|-------|------------------------|-----------|
| 勤務先病院<br>(診療所) | 名 称   | フリガナ                   | ご 担 当 者 名 |
|                | 所 在 地 | フリガナ<br>〒 -<br>TEL ( ) |           |

本書類をコピー（もしくは写真を撮るなど）して、加入者証が到着するまでのお控えとすることをお勧めしております。  
※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。

コピー使用可

- 保険期間は12月1日午後4時より12月1日午後4時までの1年間とします。
- 口座振替方式はご利用になれません。
- 加入依頼書を送付されても、保険料が着金しませんが保険責任が開始しませんので充分ご注意ください。
- この用紙を使用した場合は、代表者名の名前で○名分と明記して一括とりまとめてご送金ください。6名以上ご加入の場合は、お手数ですがコピーをとってご使用ください。
- 保険期間の途中でご加入される場合は、パンフレットの中途加入保険料をご覧ください。