

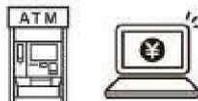
お申込み方法のご案内

手 続 方 法

- ①「加入依頼書」のご提出
②保険料のお支払い
- の両方が必要です。

1 個人・法人・一人医療法人 で手続きをされる場合	2 医局等で2名以上 まとめて手続きされる場合 (勤務医のみ)
加入依頼書のご提出	一括用加入依頼書のご提出
<ul style="list-style-type: none"> 必要事項をご記入のうえ、取扱代理店宛に郵送でご提出ください。 記入の際は裏面の記入例をご参照ください。 	必要事項をご記入のうえ、取扱代理店宛に郵送でご提出ください。
保険料のお支払い	保険料のお支払い
振込依頼書にてお近くの金融機関より保険料をお支払いください。 (注) 加入者様本人の名義でお支払いください。	振込依頼書にてお近くの金融機関より合計保険料を一括でお支払いください。 (注) 代表者様の名義でお支払いください。

(注) ATM やインターネットバンキングからもお支払いいただけます。
口座番号入力をお間違いないようご注意ください。



振込金 (兼手数料) 受取書

年	月	日
金額	円	
元	角	分
先方銀行	みずほ銀行 東京中央支店	
普通預金口座	口座番号	2139254
日本皮膚科学会 様 医師賠償責任保険口		
ご依頼人	氏名	
印	印	
印	印	

○右記の太線の申だけご記入下さい。
○振込手数料はご依頼人負担となります。
○ご依頼人は、会費員ご本人の氏名をご記入下さい。

○振込依頼書に記載料通等の不備があった場合には、照会等のために振込が遅延することがあります。
○やむを得ない事由による通信機器、回線の障害によって振込が遅延することがあっても当行は責任を負いません。

振込依頼書

年	月	日	科目		
みずほ銀行 東京中央支店			電信扱	手数料	
普通預金口座			金額		円
口座番号 2139254			内		
(フリガナ) ニホンヒフカガツカイ			誤		
イシバイショウセキニンホケンダチ			収納印または振替印		
日本皮膚科学会 様					
医師賠償責任保険口					
(フリガナ)					
ご依頼人	おとこ				
印	印				
おとこ	電話	-			

重要 漏れなくご記入のうえ、郵送でご提出ください。

団体



医師賠償責任保険
医師総合賠償責任保険
(傷害総合保険+医師賠償責任保険)

加入依頼書

2025年度用

申込日 年 月 日

公益社団法人 日本皮膚科学会 御中

私は、(団体) (医学会特約付) 医師賠償責任保険 (傷害総合保険+医師賠償責任保険) の (勤務医プラン) (開設者プラン) に (新規)・(継続) 加入いたします。

私は、チラシに掲載の二次元コードにより重要事項説明の交付を受けることを承諾の上、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、加入勧奨時に通知・配付された説明資料等に記載の重要事項（「契約概要」「注意喚起情報」を含む）および個人情報の取扱い等について了承・同意のうえ、以下のとおり加入（変更）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（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。

重要 ご本人確認のため申込内容に変更がない場合も毎年ご記入のうえ、ご提出ください。

加 入 者 情 報 記 載 欄	学会会員番号					
	日本医師会会員区分	① 日医A①会員	② 日医A②会員	③ 左記以外または未加入		
	住 所	〒	—	電話番号	()	
		フリガナ	生年月日 大(昭)平(平) 年 月 日生 性別 (男) (女)			
	加入者名	フリガナ	他の医師賠償責任保険契約の有無			
		ご加入確認印 団体構成員確認・ 個人情報取扱同意印 (印)			有 → 保険会社: 無 → 保険金額:	
	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。				
		フリガナ				
	住 所	〒	—	電話番号	()	
		フリガナ				
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 大(昭)平(平) 年 月 日生 性別 (男) (女)				
	住所	〒	—	電話番号 ()		
開 業 医	日本医師会会員区分/ご契約型					
	個人	日医A①会員	はい	(C)・(SC) 型		
			はい	(S)・(A)・(B)・(C)・(SS)・(SA)・(SB)・(SC) 型		
	法人	日医A①会員	はい	(C)・(SC) 型		
		はい	(S)・(A)・(B)・(C)・(SS)・(SA)・(SB)・(SC) 型			
一人医師 医療法人	常勤・非常勤 医師の中に 日医A①会員 以外の方	いる	(C)・(SC) 型			
		いる	(S)・(A)・(B)・(C)・(SS)・(SA)・(SB)・(SC) 型			
勤務医	日医A①会員	加入不可	日医B会員 それ以外 または未加入	すべての型に加入可		
	日医A②会員	S1型 1型		1型 100型 200型 300型 S1型 S100型 S200型 S300型		
振込日	月 日	振込手続銀行	銀行	支店	振込金額	円

勤務医の方
医院開設者の方

加入依頼書記入例

※漏れなくご記入のうえ、郵送でご提出ください。

団体 **医師賠償責任保険** **加入依頼書** 2025年度用
医師総合賠償責任保険
(傷害総合保険+医師賠償責任保険)
 申込日 2025年 5月 17日

公益社団法人 日本皮膚科学会 御中

私は、 団体 勤務医プラン の 前設者プラン に 新規・ 継続 加入いたします。

私は、チラシに掲載の二次元コードにより重要事項説明の交付を受けることを承諾の上、ダウンロードを行い、商品内容が自身の旨内に合致していることを確認し、加入依頼時に通知、配付された説明資料等に記載の重要事項（「契約概要」「注意喚起情報」を含む）および個人情報の取扱い等について了承し、以下のとおり加入（受書）を申し込みます。
私は、説明資料等または受保険会社の公式サイト（<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、保険契約の締結のため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。

会員番号は特に重要ですので、ご記入漏れのないようお願いします。

※ご本人確認のため中込内容に変更がない場合も毎年ご記入のうえ、ご提出ください。

加入者情報 被保険者 開業医 勤務医	学会会員番号	1	2	3	4	5	6	7	
	日本医師会会員区分	① 日医A①会員		② 日医A②会員		③ 左記以外または未加入			
	〒	160 - 8338		電話番号	03 (3349)		****		
	住所	フリガナ トウキョウトシネジユクニシシレジユク 1-2-6-1 東京都新宿区西新宿 1-2-6-1					生年月日 58年 5月 2日生		
	加入者名	フリガナ ワルボ タロウ 損保 太郎					性別 ♂ (男)		
	勤務医の職名	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。 フリガナ ジャパンビョウイン ジャパン病院					他の医師賠償責任保険契約の有無 有 → 保険会社： 保険金額：		
	住所	〒 160 - 0441		電話番号	03 (3349)		****		
	住所	フリガナ トウキョウトシネジユクニシシレジユク 2-1-1 東京都新宿区西新宿 2-1-1							
	被保険者	フリガナ					生年月日 年 月 日生		
	住所	フリガナ					性別 性別		
開業医	日本医師会会員区分 / ご契約型 個人 → 日医A①会員 → (はい) → (C)+(SC) 型 (いいえ) → (S)+(A)+(B)+(C)+(SS)+(SA)+(SB)+(SC) 型 法人 → 日医A②会員 → (はい) → 医師賠償責任 → (C)+(SC) 型 (いいえ) → 未加入 → (S)+(A)+(B)+(C)+(SS)+(SA)+(SB)+(SC) 型 (いいえ) → (いいえ) → (C)+(SC) 型 (いいえ) → (いいえ) → (S)+(A)+(B)+(C)+(SS)+(SA)+(SB)+(SC) 型 (一人医師/医療法人) → (いいえ) → (いいえ) → (C)+(SC) 型 (いいえ) → (いいえ) → (S)+(A)+(B)+(C)+(SS)+(SA)+(SB)+(SC) 型								
勤務医	日医A①会員 → 加入不可		日医B会員 それ以外 または未加入		すべての型に加入可				
振込日	月	日	振込手続銀行	**** 銀行	**** 支店	振込金額	80,870 円		

勤務医の方
医師開設者の方

加入者証は原則として、加入者住所に送付いたします。
※送付先を勤務先にする場合は、加入者住所欄に勤務先を記入し**病院**科までご記入ください。