

振込先：みずほ銀行 東京中央支店 (普通) 2066877 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 医師賠償責任保険口  
※ご注意 口座振替依頼書も必ず一緒にご返送ください

# お申込み方法のご案内

## 手続方法

「加入依頼書」と

「口座振替依頼書」のご提出が必要です。

加入依頼書をコピー(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。



## 加入依頼書記入例

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) 加入依頼書 2024年度用 医師賠償責任保険

一般社団法人 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 御中

申込日 2024年 4月 20日

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)加入いたします。

私は、募集文書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。

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いたします。

|           |   |                               |   |                        |   |                                                      |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
|-----------|---|-------------------------------|---|------------------------|---|------------------------------------------------------|---|--------|---|--------|---|---------------------|---|---|---|---|
| 加         | 入 | 者                             | 情 | 報                      | 記 | 入                                                    | 欄 | 被      | 保 | 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) |   | ****   |   |                     |   |   |   |   |
| フリガナ      |   | トウキョウトシンジユククニシンジユク1-26-1      |   | 生年月日                   |   | (大)(中)(小) 58年 5月 2日生                                 |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| 住所        |   | 東京都新宿区西新宿 1-26-1              |   | 性別                     |   | (男)(女) 女                                             |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| 加入者名      |   | フリガナ ソンボ タロウ                  |   | 他医師賠償責任保険契約の有無         |   |                                                      |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| 損保        |   | 太郎                            |   | ご記入欄(印) 団体特約付 個人特約付 両方 |   | (有) (無) 無                                            |   | 保険会社:  |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| 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 ジャパンビョウイン         |   |                                                      |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| 住所        |   | 〒                             |   | 160-0441               |   | 電話番号                                                 |   | 03     |   | (3349) |   | ****                |   |   |   |   |
| フリガナ      |   | トウキョウトシンジユククニシンジユク2-1-1       |   |                        |   |                                                      |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| 住所        |   | 東京都新宿区西新宿 2-1-1               |   |                        |   |                                                      |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| 被         |   | 保                             |   | 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・会員が開設する医院の勤務医師の方。 |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| フリガナ      |   |                               |   | 生年月日                   |   | (大)(中)(小) 年 月 日生                                     |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| 住所        |   | 〒                             |   | -                      |   | 電話番号                                                 |   | ( )    |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| フリガナ      |   |                               |   |                        |   |                                                      |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| 開         |   | 業                             |   | 医                      |   | 日本医師会会員区分/ご契約型                                       |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
| 診療所の経営形態  |   | 個人                            |   | →                      |   | 日医A①会員                                               |   | はい     |   | →      |   | C・SC                |   | 型 |   |   |
|           |   | 法人                            |   | →                      |   | 日医A②会員                                               |   | はい     |   | →      |   | S・A・B・C・SS・SA・SB・SC |   | 型 |   |   |
|           |   | 一人医師                          |   | →                      |   | 日医A①会員                                               |   | はい     |   | →      |   | C・SC                |   | 型 |   |   |
|           |   | 一人医師                          |   | →                      |   | 日医A②会員                                               |   | はい     |   | →      |   | S・A・B・C・SS・SA・SB・SC |   | 型 |   |   |
|           |   | 一人医師                          |   | →                      |   | 日医A①会員                                               |   | はい     |   | →      |   | C・SC                |   | 型 |   |   |
|           |   | 一人医師                          |   | →                      |   | 日医A②会員                                               |   | はい     |   | →      |   | S・A・B・C・SS・SA・SB・SC |   | 型 |   |   |
| 勤務医       |   | 日医A①会員                        |   | →                      |   | 加入不可                                                 |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
|           |   | 日医A②会員                        |   | →                      |   | S1型                                                  |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
|           |   |                               |   |                        |   | 1型                                                   |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
|           |   |                               |   |                        |   | 日医B会員                                                |   | それ以外   |   |        |   |                     |   |   |   |   |
|           |   |                               |   |                        |   | または未加入                                               |   |        |   |        |   |                     |   |   |   |   |
|           |   |                               |   |                        |   | 1型                                                   |   | 100型   |   | 200型   |   | 300型                |   |   |   |   |
|           |   |                               |   |                        |   | S1型                                                  |   | S100型  |   | S200型  |   | S300型               |   |   |   |   |
| 振込日       |   | 8月 26日                        |   | 振込手続銀行                 |   | ****銀行 ****支店                                        |   | 振込金額   |   | 80,580 |   | 円                   |   |   |   |   |

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。