

研修医師賠償責任保険加入申込書

下記のとおり研修医師賠償責任保険(団体契約)に加入申込みします。

申込日 令和 年 月 日

申込 人	フリガナ				
	住 所				
	フリガナ			生年月日	T S H 年 月 日
	氏 名				
	電話/FAX	電話()-()-() / FAX ()-()-()			

【勤務先】

フリガナ	
名 称	
フリガナ	
住 所	

【日本医師会会員区分】

日本医師会の会員区分にマルをつけてください。

A②(C)会員

(日本医師会医師賠償責任保険に加入)

C 会員

(日本医師会医師賠償責任保険に非加入)

【ご契約タイプ】

ご希望の契約タイプをお選びください。

E 1 型

F 10 型

F 30 型

F 50 型

F 100 型

F 200 型

F 300 型

契約の型	保険金額		年間保険料	対象会員 区分
	対人;1事故	対人;1年間		
E 1	100万円	300万円	3,600円	A②(C)会員
F 10	1,000万円	3,000万円	14,200円	C会員
F 30	3,000万円	9,000万円	23,800円	C会員
F 50	5,000万円	1億5,000万円	28,704円	C会員
F 100	1億円	3億円	40,664円	C会員
F 200	2億円	6億円	51,568円	C会員
F 300	3億円	9億円	62,400円	C会員

ご注意

- A②(C)会員の先生は、E型のみの加入となります。
- C会員の先生には、F 100型の加入をおすすめします。
- 三重県医師会会員以外の先生は、団体契約への加入はできません。個別契約となりますので、保険

【保険料納入方法】

※ ① ② いづれかを○で囲んでください。

① 銀行口座振替希望

② 振込送金希望

※ 申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。