

医療廃棄物排出者責任保険加入申込書

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。 申込日 令和 年 月 日

|             |      |             |
|-------------|------|-------------|
| 申<br>込<br>人 | フリガナ |             |
|             | 住 所  | <div></div> |
|             | フリガナ |             |
|             | 氏 名  |             |
|             | 電話番号 |             |
| 被 保 険 者     |      | 当医療施設       |

下記のとおり医療廃棄物排出者責任保険に加入申込みします。

1. 医療施設名（法人の場合は法人名及び医療機関名をお書きください。）

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| フリガナ |                               |
| 名 称  | (申込人と異なる時のみ記入)                |
| フリガナ |                               |
| 所在地  | (申込人と異なる時のみ記入)<br><div></div> |

2. ご加入補償タイプと保険料

<1> 無床診療所の場合 ～ ご加入希望のタイプに○印をおつけください。

|           |          |
|-----------|----------|
| スタンダードプラン | スペシャルプラン |
| 10,030円   | 11,430円  |

<2> 有床診療所の場合 ～ ご加入希望のタイプに○印をおつけください。

|           |          |
|-----------|----------|
| スタンダードプラン | スペシャルプラン |
| 13,740円   | 15,660円  |

<3> 病院の場合 ～ ご加入希望のタイプに○印をおつけいただき、以下の保険料計算表にしたがい、保険料を計算してください。

|           |           |         |   |   |   |   |   |
|-----------|-----------|---------|---|---|---|---|---|
| スタンダードプラン | 精神病床以外    | 1,178円  | × | 床 | = | 円 | ① |
|           | 精 神 病 床   | 314円    | × | 床 | = | 円 | ② |
|           | 合 計 保 険 料 | ① + ② = |   |   |   |   | 円 |
| スペシャルプラン  | 精神病床以外    | 1,340円  | × | 床 | = | 円 | ① |
|           | 精 神 病 床   | 361円    | × | 床 | = | 円 | ② |
|           | 合 計 保 険 料 | ① + ② = |   |   |   |   | 円 |

(10銭位を四捨五入して1円単位とする)

3.補償の範囲が重なる他の保険契約へのご加入

|    |                |
|----|----------------|
| あり | (会社名・満期日・保険金額) |
|----|----------------|

◎加入申込書と保険料は加入日までをお願いします。

医療廃棄物排出者責任保険加入申込書

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。 申込日 令和 年 月 日

|         |      |             |
|---------|------|-------------|
| 申込<br>人 | フリガナ |             |
|         | 住 所  | <div></div> |
|         | フリガナ |             |
|         | 氏 名  |             |
|         | 電話番号 |             |
| 被 保 険 者 |      | 当医療施設       |

下記のとおり医療廃棄物排出者責任保険に加入申込みします。

1. 医療施設名（法人の場合は法人名及び医療機関名をお書きください。）

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| フリガナ |                               |
| 名 称  | (申込人と異なる時のみ記入)                |
| フリガナ |                               |
| 所在地  | (申込人と異なる時のみ記入)<br><div></div> |

2. ご加入補償タイプと保険料

<1> 無床診療所の場合 ～ ご加入希望のタイプに○印をおつけください。

|           |          |             |
|-----------|----------|-------------|
| スタンダードプラン | スペシャルプラン | 円 × /12 = 円 |
| 10,030円   | 11,430円  |             |

<2> 有床診療所の場合 ～ ご加入希望のタイプに○印をおつけください。

|           |          |             |
|-----------|----------|-------------|
| スタンダードプラン | スペシャルプラン | 円 × /12 = 円 |
| 13,740円   | 15,660円  |             |

<3> 病院の場合 ～ ご加入希望のタイプに○印をおつけいただき、以下の保険料計算表にしたがい、保険料を計算してください。

|           |           |                  |
|-----------|-----------|------------------|
| スタンダードプラン | 精神病床以外    | 1,178円 × 床 = 円 ① |
|           | 精 神 病 床   | 314円 × 床 = 円 ②   |
|           | 合 計 保 険 料 | ① + ② = 円        |
| スペシャルプラン  | 精神病床以外    | 1,340円 × 床 = 円 ① |
|           | 精 神 病 床   | 361円 × 床 = 円 ②   |
|           | 合 計 保 険 料 | ① + ② = 円        |

(10銭位を四捨五入して1円単位とする)

3.補償の範囲が重なる他の保険契約へのご加入

|    |                |
|----|----------------|
| あり | (会社名・満期日・保険金額) |
|----|----------------|

◎ 保険始期: 年 月 日