

医師賠償責任保険 加入申込書

下記の通り医師賠償責任保険(団体契約)に加入申込みします。

		申込日		令和 年 月 日	
フリガナ		TEL			
住 所					
医療機関名					
フリガナ			生 年 月 日	T S H	年 月 日
氏 名					

年間保険料

※該当のところを○で囲み、合計保険料をご記入ください。

基本補償 医師賠償責任保険	区分 1 個人立診療所 6,896 円 区分 2 (1億円) 法人立無床診療所 80,176 円 区分 2 (2億円) 法人立無床診療所 107,480 円 区分 2 (3億円) 法人立無床診療所 134,344 円 区分 3 (1億円) 法人立有床診療所 92,368 円 区分 3 (2億円) 法人立有床診療所 123,760 円 区分 3 (3億円) 法人立有床診療所 154,704 円
オプションその1 傷害見舞費用担保追加条項	付帯する 1,724 円
オプションその2 医療機関受託者賠償責任保険	付帯する 4,620 円
オプションその3 医療従事者賠償責任保険	付帯する 358 円
オプションその4 医療施設特約条項高額化プラン	付帯する 720 円 法人立診療所のC200型は、基本補償が既に高額補償プランです。
オプションその5 (法人立診療所) 勤務医師包括特約追加条項	50型 付帯する 19,192円 100型 付帯する 23,057円
オプションその6 医療機関用 団体サイバー保険	加 入 ⇐ (加入タイプ) (保険料) 円
合 計 保 険 料	円
通信欄	
他の保険契約 有	

保険料納入方法

※ ① ②のいずれかを○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。