

勤務医師賠償責任保険加入申込書

下記のとおり勤務医師賠償責任保険(団体契約)に加入申込みします。

申込日 令和 年 月 日

|         |        |                                 |  |  |                  |             |
|---------|--------|---------------------------------|--|--|------------------|-------------|
| 申込<br>人 | フリガナ   |                                 |  |  |                  |             |
|         | 住 所    | <div></div>                     |  |  |                  |             |
|         | フリガナ   |                                 |  |  | 生<br>年<br>月<br>日 | T<br>S<br>H |
|         | 氏 名    |                                 |  |  | 年                | 月 日         |
|         | 電話/FAX | 電話( )-( )-( ) / FAX ( )-( )-( ) |  |  |                  |             |

【勤務先】

|      |             |  |  |  |  |
|------|-------------|--|--|--|--|
| フリガナ |             |  |  |  |  |
| 名 称  | (診療科: )     |  |  |  |  |
| フリガナ |             |  |  |  |  |
| 住 所  | <div></div> |  |  |  |  |

【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(B)会員

(日本医師会医師賠償責任保険に加入)

B 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<br>区分 |
|-------|---------|-----------|---------|------------|
|       | 対人;1事故  | 対人;1年間    |         |            |
| E 1   | 100万円   | 300万円     | 4,000円  | A②(B)会員    |
| F 10  | 1,000万円 | 3,000万円   | 14,200円 | B会員        |
| F 30  | 3,000万円 | 9,000万円   | 23,800円 | B会員        |
| F 50  | 5,000万円 | 1億5,000万円 | 28,704円 | B会員        |
| F 100 | 1億円     | 3億円       | 40,664円 | B会員        |
| F 200 | 2億円     | 6億円       | 51,568円 | B会員        |
| F 300 | 3億円     | 9億円       | 62,400円 | B会員        |

ご注意

1. A②(B)会員の先生は、E型のみの加入となります。  
2. B会員の先生には、F 100型の加入をおすすめします。  
3. 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。