公益社団法人　三重県医師会　御中

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　8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	（診療科：　　）
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（B）会員　　B　会員

（日本医師会医師賠償責任保険に加入）　　（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	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　いづれかを〇で囲んでください。

① 銀行口座振替希望（6月30日までに、電話またはFaxにてご連絡してください。）

② 振込送金希望（7月10日までに振込んで下さい。）

※　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。