

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 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

C 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(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、保険料が異なります。

基本保険料(中途加入) 円 × / 12 = 円(A)

【保険料納入方法】

- 公益社団法人三重県医師会の指定する銀行口座にお振込みをお願いします。

※ 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。