

埼玉医科大学医学部同窓会
医師賠償責任保険、医師総合賠償責任保険 加入依頼書

加入申込票（付属書類を含みます。）には事実を正確にご回答（記入）ください。

※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえ、ご回答（記入）ください。

●勤務医の先生は< I .プラン>を、開業医の先生は< II .プラン>についてご記入ください。

★裏面に記入例がございますので、ご参照の上ご記入ください。

加入申込日 (西暦)		年 月 日		No.	保険期間	
（申込人） 記名被保険者	保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取り、内容について確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。	氏名	フリガナ		2024年 4月 1日 から	
					2025年 4月 1日 まで	
	メールアドレス (携帯・PC)		@		中途加入の場合	
					年 月 日 から	
					2025年 4月 1日 まで	
郵便番号	〒 -	電話番号 (連絡先)	自宅	—	—	
			携帯	—	—	
住所	フリガナ					
	(ご自宅)	«漢字»				
生 年 月 日			満年齢	卒業年度	性別	
S 昭和 H 平成 年 月 日			才	年度	男 1 女 2	

病院名	フリガナ	診療科	病院	-
		標榜科目	科	TEL
所在地	〒 -			
必ずご記入願います (いずれかに○印してください)		日本医師会のA①会員またはA②会員である。 ある ・ ない		

I. 勤務医師の先生プランにご加入の場合

型	保険金額				保険料
	業務上の事故		日常生活上の事故		
	医療上の対人賠償事故 (自己負担額なし)	針刺し事故等による感染症保険金	日常生活上の対人・対物賠償事故	傷害事故による死亡・後遺障害	
A	1事故 2億円 期間中 6億円	-	-	-	54,790円
B	1事故 2億円 期間中 6億円	H B V : 30万円 H C V : 300万円 H I V : 1,000万円	1億円	174万円	64,790円
X	-	H B V : 30万円 H C V : 300万円 H I V : 1,000万円	1億円	174万円	10,000円

II. 医院開設の先生プランにご加入の場合

型	保険金額				保険料		
	業務上の事故		日常生活上の事故				
	医療上の対人賠償事故 (自己負担額なし)	建設・設備の使用管理上の対人・対物事故 (自己負担額なし)	人格権侵害事故	針刺し事故等による感染症保険金	日常生活上の対人・対物賠償事故	傷害事故による死亡・後遺障害	
C (有床)	1事故 2億円 期間中 6億円	対人1名につき 2億円 対人1事故につき 20億円 対物1事故につき 4,000万円	1名につき 1,000万円 1事故 1年間につき 1億円	-	-	-	131,500円
C1 (有床)	1事故 2億円 期間中 6億円	対人1名につき 2億円 対人1事故につき 20億円 対物1事故につき 4,000万円	1名につき 1,000万円 1事故 1年間につき 1億円	H B V : 30万円 H C V : 300万円 H I V : 1,000万円	1億円	174万円	141,500円
D (無床)	1事故 2億円 期間中 6億円	対人1名につき 2億円 対人1事故につき 20億円 対物1事故につき 4,000万円	1名につき 1,000万円 1事故 1年間につき 1億円	-	-	-	114,200円
D1 (無床)	1事故 2億円 期間中 6億円	対人1名につき 2億円 対人1事故につき 20億円 対物1事故につき 4,000万円	1名につき 1,000万円 1事故 1年間につき 1億円	H B V : 30万円 H C V : 300万円 H I V : 1,000万円	1億円	174万円	124,200円

※ 契 約 の 保 険 等	この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(ありのときは右欄に記入。) 記入がない場合は「なし」となります。	保険会社	保険金額・支払い限度額	
			万円	
		保険種類	過去3年間における事故	
			あり → ありの場合	回

上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

問合せ先 日本防災保障株式会社

(取扱代理店) 本社 TEL : 048-666-5710 FAX : 048-666-5711
毛呂事務所 TEL : 049-294-6385 FAX : 049-294-6355

埼玉医科大学医学部同窓会
医師賠償責任保険、医師総合賠償責任保険 加入依頼書

記載例

加入申込票（付属書類を含みます。）には事実を正確にご回答（記入）ください。

※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえ、ご回答（記入）ください。

●勤務医の先生は< I .プラン>を、開業医の先生は< II .プラン>についてご記入ください。

★裏面に記入例がございますので、ご参照の上ご記入ください。

加入申込日 (西暦) 2024年2月1日		No.	(記入不要)	
(申込人) 記名被保険者	保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取り、内容について確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。	フリガナ サイタマ タロウ	保険期間	
	氏名 埼玉 太郎		2024年4月1日 から	
			2025年4月1日 まで	
	メールアドレス (携帯・PC) @		中途加入の場合	
			年 月 日 から	
		2025年4月1日 まで		
郵便番号 〒350-0495	電話番号 (連絡先)	自宅 049-0000-0000		
		携帯 090-0000-0000		
住所	フリガナ サイタマケン イルマゲン モロヤママチ モロホンゴウ 38			
(ご自宅)	《漢字》 埼玉県 入間郡 毛呂山町 毛呂本郷 38			
生年月日		満年齢	卒業年度	性別
S 昭和 H 平成 9年5月1日		26 才	令和3 年度	男 1 女 2

病院名	フリガナ サイタマビョウイン 埼玉病院	診療科	内科	病院 TEL	049-000-000
所在地	〒000-0000 埼玉県 〇〇市 〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇				
必ずご記入願います (いずれかに〇印してください)		日本医師会のA①会員またはA②会員である。 ある ・ <input checked="" type="radio"/> ない			

I. 勤務医師の先生プランにご加入の場合

型	保険金額				保険料
	業務上の事故		日常生活上の事故		
	医療上の対人賠償事故 (自己負担額なし)	針刺し事故等による感染症保険金	日常生活上の対人・対物賠償事故	傷害事故による死亡・後遺障害	
A	1事故 2億円 期間中 6億円	-	-	-	54,790円
B	1事故 2億円 期間中 6億円	H B V : 30万円 H C V : 300万円 H I V : 1,000万円	1億円	174万円	64,790円
X	-	H B V : 30万円 H C V : 300万円 H I V : 1,000万円	1億円	174万円	10,000円

II. 医院開設の先生プランにご加入の場合

型	業務上の事故				日常生活上の事故		保険料
	医療上の対人賠償事故 (自己負担額なし)	建設・設備の使用管理上の対人・対物事故 (自己負担額なし)	人格権侵害事故	針刺し事故等による感染症保険金	日常生活上の対人・対物賠償事故	傷害事故による死亡・後遺障害	
C (有床)	1事故 2億円 期間中 6億円	対人1名につき 2億円 対人1事故につき 20億円 対物1事故につき 4,000万円	1名につき 1,000万円 1事故 1年間につき 1億円	-	-	-	131,500円
C1 (有床)	1事故 2億円 期間中 6億円	対人1名につき 2億円 対人1事故につき 20億円 対物1事故につき 4,000万円	1名につき 1,000万円 1事故 1年間につき 1億円	H B V : 30万円 H C V : 300万円 H I V : 1,000万円	1億円	174万円	141,500円
D (無床)	1事故 2億円 期間中 6億円	対人1名につき 2億円 対人1事故につき 20億円 対物1事故につき 4,000万円	1名につき 1,000万円 1事故 1年間につき 1億円	-	-	-	114,200円
D1 (無床)	1事故 2億円 期間中 6億円	対人1名につき 2億円 対人1事故につき 20億円 対物1事故につき 4,000万円	1名につき 1,000万円 1事故 1年間につき 1億円	H B V : 30万円 H C V : 300万円 H I V : 1,000万円	1億円	174万円	124,200円

※ 契約の保険	この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(ありのときは右欄に記入。) 記入がない場合は「なし」となります。	保険会社	保険金額・支払い限度額	
			万円	
		保険種類	過去3年間における事故	
			<input checked="" type="radio"/> あり → ありの場合	回

上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

問合せ先 日本防災保障株式会社

(取扱代理店) 本社 TEL : 048-666-5710 FAX : 048-666-5711
毛呂事務所 TEL : 049-294-6385 FAX : 049-294-6355