

埼玉医科大学勤務医師総合補償制度 加入依頼書

加入依頼書（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。

◎裏面に記載例がございますので、ご参照の上ご記入ください。

前年NO.												
加入申込日（西暦）					年		月		日		NO.	
（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				保険期間		
										2025年 4月 1日 から 2026年 4月 1日 まで		
										中途加入の場合		
	職員番号				アドレス (携帯・PC)		@				年 月 日 から 2026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									
«漢字» (ご自宅)												
生 年 月 日					満年齢			性別				
S 昭和 H 平成 年 月 日					才			男 1 女 2				

勤務先 病院名	埼玉医科大学病院・総合医療センター・国際医療センター			診療科	科		
区分	常勤医師・研修医・専攻医・シニアレジデント ⇒ 5月に給与天引きさせていただきます。			勤務先 TEL	— — 内線 ()		
	非常勤医師 ⇒ 右記の振込先に振り込みをお願いいたします。			振込先	金融機関名 埼玉りそな銀行 (0017)		支店名 大宮西支店 (370)
					口座名義 埼玉医科大学医師賠償保険口		口座番号 普通 3748222

↑ 必ずご記入ください

↓ A型とB型どちらかを選び丸印をお願いします。

1年間の保険料	A型：基本補償（医師賠償）	51,570円
	B型：基本補償（医師賠償） + 針刺補償	60,000円
中途加入保険料 (注)	A型 / B型 円	

(注) 4月以降中途加入される場合は、パンフレットP 5に記載されている中途加入保険料をご記入ください。(加入月にご注意ください。)

埼玉医科大学医学部同窓会の会員ですか。	はい ・ いいえ
---------------------	----------

(注) 退職された場合は、同窓会の団体医師賠償責任保険にご加入いただけます。

※ 契 約 等 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	
		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