【補償内容】

医療提供者に過失がある医療行為(医師特別約款)

1 事故 3,000 万円 保険期間中 9,000 万円

医療提供者に過失がない (分からない) 医療行為 (再生医療等健康被害補償特約)

【細胞提供者】 障害の程度等に応じて 4,000 万円 ~ 100 万円 (全プラン共通)

【患者】 障害の程度等に応じて 240 万円~50 万円

★ 「再生医療サポート保険(自由診療)」オリジナルの補償です(従来の医師賠償責任では補償されません)

【システム入力方法】

- 1. <u>再生医療サポート保険(自由診療)加入システム</u> にアクセスして、日本再生医療学会の会員番号とパ スワードを入力します。
 - ※ パスワードをお忘れの方は<u>こちら</u>でご確認くだ さい。



再生医療サポート保険(自由診療) 加入システム入力方法 【医師個人向け・他の医師賠償責任保険なし】

2.「新規(追加)加入」をクリックします。
 3.保険商品は医師個人向けを選択します。



ſ

4. 画面に従って加入者(記名被保険者)情報を入力 します。

J



再生医療サポート保険(自由診療) 加入システム入力方法 【医師個人向け・他の医師賠償責任保険なし】

5. 加入プランは以下の通り選択してください。

賠償責任 【5】 / 補償責任 C

※ 他の組み合わせもお試しいただけます。

	Concession of the local division of the loca		_		10270707070			
MARK		80.079> (F88991288RCC2859		RistArz				
	CEREPOR			R1/850 (2610			ett)	
				TPAC 20		C. T. C.		
		0.00		160		NB1		
		0.021		185		281		
		ं ध्य		7,000.58		2. 1004		
		014		5, 000 7 87		1.585		
	1.0	H (3)		3, 000万円		#, 0005P		
		0.10				300,000		
	0 (728) 8488649 #8845 5/10/27	941 ROMON TTO 12 (M) ORTHON		1007/4		1005	1	
 ・ 放入プラン (再生) パユニメリジン(再生) 	。 (*14) REARDAND 参照#40.5/1025 医療守にわける特異方任/	143 あたみなは、TTV い (40 へれご(40) 支払(現文編)	CH±#Nén¢#MA N≢⊐#M(CZAC)	100779	UTVET.	1005	1	
・加入プラン(同会) RSZBWESHIGR	。 (****) 日本市場本会 市業者をついては?? 医療寺における特別方任/	141 (15-161)、175 (15-161-66510) (23)(現文編)	снарнаодин Каземстан,	1007/4		1005	1	
 加入プラン (再生 用生産単5米r5者) 	0 (128) 日本第第445 参数第455017875 世界分に2017 6 時間男任/ (18か93238)	94 80-8015, 775 52 60 -85580 236,02280 8	CD1FNHHORN NECHNOCEAN	LOGDA COLORACIONA ALLARSA Bada	017.187. (284830) 1518	1007	5.7#	
■加入プラン(再生) ホ生産単近を対する者	0 (11年) 日本英語からん 世界日本については75 世界中にわける4年夏月日/ (14月732) (14月732) (14月732) (14月732) (14月732) (14月732) (14月732)	141 858511, TTO 15 (N - 65780) 28(3258) 808 818 808	COLENINGER NECHNICEAU NECHNICEAU NECHNICEAU NECHNICEAU	1007/1 000000000000000000000000000000000	0004800 1518 1518	1007 1007	5.788 8.738 8.731 8.735	
 ・ 知入ブラン (用度) ************************************	0 (138) 作业基地から 管着後については75 医療守にだける時間再任/ (1409/323) (1409/32)	143 高からない。 下で 15 (A) (A) であいのままね。 また また また また また の また で の の の で つ の の の つ の の つ の の の つ の の つ の の つ の つ の つ の つ の つ の つ の つ の の の の の つ の の の の の つ の の の つ の つ の の つ の つ の つ の つ の つ つ の つ の の つ の つ つ の つ つ つ の つ つ つ つ つ つ つ つ つ つ つ つ つ	C()1, FINIS () AND NC - S() EC 8111 MC - S() 10057	1007/9 Allass Allass Attas Attas	0000000 0000000 00000 0000 0000 0000 0000	1007 10 10 10 10 10 10 10	5780 8510 8510 8510 8510 8510 8510 8510	

Ţ

- 6.保険期間、他の医師賠償責任契約の有無、保険料 支払方法、提携コードを入力して、「入力内容を確 認する」をクリックします。
 - ※ 所属団体等から提携コードの案内を受けている 場合は、案内を受けた提携コードを入力してくだ さい。
 - ※ 提携コードの案内を受けていない場合は、 「JSRM-D9999」と入力してください。

 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER

 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER

 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER

 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 NUMBER
 <t

Ţ

- 入力内容の確認と保険料が表示されます。表示された内容で加入を申し込む場合は「送信する」をクリックします。
 - ※ 条件を変更する場合は「内容を修正する」をク リックして5. に戻ります。

-					0. A + 0.
(-) () (2 ·	the lase an excession line instantion cost and	19.8			P-20 000
1 11.1 M (at	188	and the second se			
		8588 222 第 号 紀 谷 紀	2. 2005/H 868 2.0005/H 868 1.8005/H 1088 1.5005/H 1088 1.5005/H 1188 1.5005/H 1188 1.1005/H 1188 1.005/H 1188	606万円 606万円 506万円 356万円 156万円 156万円 156万円	^
	· #18.002	2067年07月05日	- 2018E07R0LD		
	= 电位式运行路道用设计数 位有限	9L			
	 ###?51.75 	1953	前以来は2013		
	■10.00 - 15	2004-00000			
	【保険料】				
	• 62879	¥34,560	以下の「獲得年 アール・シアス	encon laureceny	
			CARFOI -	クリックしてくだきい。	
			・温密影响など	20	
			- BATHLOR	NCHIER V.	
			「空間時間内につ 見たために、 登録的にに 望 込みます。	A、ての最多な事項に関する説明や問題 申込内的が表面に伝ったものであるこ (人間続く記録)・ご問題のうえば入た参	1 2 2
	10104	249		HRT6	
				\$1255 Stor 101100 (CR	488.2017年11月1日
					and a state of the second s

8. 4. で登録したメールアドレスに加入内容と保険料支払に関するメールが送信されます。

9.6.で選択した方法で、日本再生医療学会に保険料を支払います。

【口座振替を選択した場合】

下記宛先に振替依頼書を郵送してください。(郵送料は会員負担)

〒103-0023 東京都中央区日本橋本町 2-3-11

一般社団法人日本再生医療学会 補償制度担当

【振込を選択した場合】

下記口座に保険料を振り込んでください。(振込手数料は会員負担)

銀行名 : 三井住友銀行 支店名 : 日本橋支店(店番号 : 695)
 預金種別 : 普通 口座番号 : 8280442

口座名義 : 一般社団法人日本再生医療学会

※振込依頼人は4. で登録した加入者名(記名被保険者名)にしてください。

L

10.加入手続きが完了します。後日、4.で入力した加入者(記名被保険者)住所宛に加入者証が郵送され ます。

<u>再生医療サポート保険(自由診療)加入システム</u>(会員番号とパスワードが必要です)