

【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）

医療行為以外（医療施設特別約款）

身体障害 1 名につき 1 億円 1 事故につき 2 億円 / 財物損壊 1 事故につき 1,000 万円

【システム入力方法】

1. [再生医療サポート保険（自由診療）加入システム](#) 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 [こちら](#) でご確認ください。



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

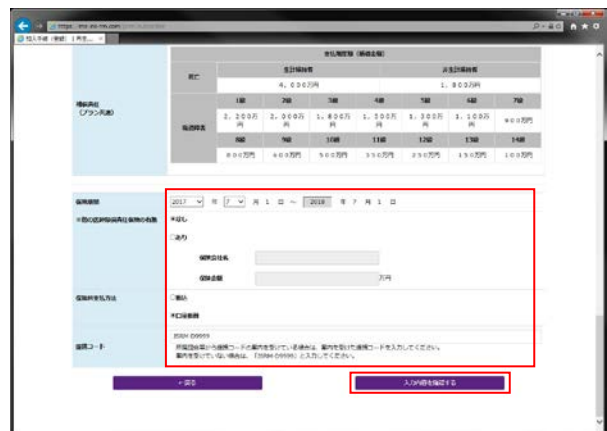
※ 他の組み合わせもお試しいただけます。



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。



7. 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。



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。



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。

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