

再生医療サポート保険（自由診療）加入申込票

医師・歯科医師個人用

F A Xまたはメール添付にて日本再生医療学会までご返送ください。（返送期限：2019年6月15日まで）

F A X：03-6262-3029 メール：insurance@jsrm.jp

加入者区分	<input type="radio"/>	医師（歯科医師以外）個人	<input type="radio"/>	歯科医師個人
-------	-----------------------	--------------	-----------------------	--------

氏名	(フリガナ)	TEL		
メールアドレス	@	会員番号	669 - -	
加入者住所	<input type="radio"/>	学会誌 送付先と同じ		
	<input type="radio"/>	学会誌 送付先以外（下記にご記入ください）		
他の医師賠償責任保険契約等	無・有（→有の場合のみ 保険会社名： 保険金額： ）			
保険料支払方法	<input type="radio"/>	口座振替（※） <small>（※）2019年6月15日までに口座振替依頼書の提出が必要です（必着）</small>	<input type="radio"/>	振込
保険期間	2019年7月1日～2020年7月1日			

プラン（※）	<input type="radio"/>	下記のプラン（賠償6・補償C）で加入			
		賠償	6	補償	C
年間保険料		医師（歯科医師以外）	11,290円	（賠償保険料 6,020円 + 補償保険料 5,270円）	
		歯科医師	7,450円	（賠償保険料 2,180円 + 補償保険料 5,270円）	

（※）上記以外のプランをご希望の先生は、下記保険料表をご参照の上、下欄へのご記入をお願いいたします。

プラン	賠償（1～6）	補償（A～C）
年間保険料		円

保険料表（円）	医師（歯科医師以外）	賠償	1	46,710	2	40,660	3	37,020	4	34,580	5	31,310	6	6,020
		補償	A		10,180	B		6,740	C		5,270			
	歯科医師	賠償	1	7,140	2	5,410	3	4,740	4	4,290	5	3,840	6	2,180
		補償	A		10,180	B		6,740	C		5,270			

- 保険料のお支払について
  - ・ 口座振替をご選択の場合：口座振替依頼書にご記入の上、本会までご送付ください。（送付期限：2019年6月15日必着）
  - ・ 振込をご選択の場合：指定口座までお振込ください。（振込期限：2019年7月1日まで）

★口座振替依頼書および振込口座については、本会ウェブサイトをご確認ください。<https://www.jsrm.jp/insurance/treatment/>

◎ 加入者証は、ご記入いただいた加入者住所へお送りいたします。（2019年8月中旬頃発送予定）

## 事故時のお支払限度額のご案内

医師・歯科医師個人 共通

( F A X・メールでお申込みいただく際、本ページの送付は不要です。)

### ◎ 過失がある場合 (賠償)

加入プラン	1	2	3	4	5	6
1事故 (保険期間中)	2億円 (6億円)	1億円 (3億円)	7,000万円 (2.1億円)	5,000万円 (1.5億円)	3,000万円 (9,000万円)	100万円 (300万円)

### ◎ 過失がない場合 (補償)

#### ・ 患者 (再生医療等を受ける者) に対する補償金額

加入プラン		A	B	C
死亡	生計維持者	300万円	200万円	150万円
	非生計維持者	100万円	70万円	50万円
後遺障害1級	生計維持者	480万円	300万円	240万円
	非生計維持者	320万円	200万円	160万円
後遺障害2級	生計維持者	360万円	240万円	180万円
	非生計維持者	240万円	160万円	120万円

#### ・ ドナー (再生医療等に用いる細胞を提供する者) に対する補償金額 (加入プランA～C共通)

死亡	生計維持者	4,000万円		
	非生計維持者	1,800万円		
後遺障害	1級	2,200万円	8級	800万円
	2級	2,000万円	9級	600万円
	3級	1,800万円	10級	500万円
	4級	1,500万円	11級	350万円
	5級	1,300万円	12級	250万円
	6級	1,100万円	13級	150万円
	7級	900万円	14級	100万円