

(2019年8月～2020年6月中途加入用) 再生医療サポート保険 (自由診療) 加入申込票 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。(送付期限：保険開始日の前月15日まで)
 F A X：03-6262-3029 メール：insurance@jsrm.jp

加入者区分	<input type="radio"/> 歯科医師個人 ※医師 (歯科医師以外) の先生は「医師個人用 (歯科医師以外)」をご使用ください		
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： 万円)
保険料支払方法	<input type="radio"/>	口座振替 (*) <small>(※) 保険開始の前月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

◎再生医療サポート保険 (自由診療) の保険期間は7月1日からの1年間です。中途加入であっても満期は7月1日となり、翌年以降は1年間での加入となります。

保険期間	保険料 (円)									「賠償」と「補償」の合計を記入	合計保険料 (一括払)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<input checked="" type="radio"/> 記入例 <small>(7か月)</small> 翌年更新時 7月1日～ (1年間)	賠償 1	6,550	2 4,960	3 4,350	4 3,930	5 3,520	6 2,000	7	8	9	9700円
	補償 A	9,330		B 6,180	C 4,830						
8月1日～ (11か月間)	賠償 1	7,140	2 5,410	3 4,740	4 4,290	5 3,840	6 2,180	7	8	9	円
	補償 A	10,180		B 6,740		C 5,270					
9月1日～ (10か月間)	賠償 1	6,550	2 4,960	3 4,350	4 3,930	5 3,520	6 2,000	7	8	9	円
	補償 A	9,330		B 6,180		C 4,830					
10月1日～ (9か月間)	賠償 1	5,950	2 4,510	3 3,950	4 3,580	5 3,200	6 1,820	7	8	9	円
	補償 A	8,480		B 5,620		C 4,390					
11月1日～ (8か月間)	賠償 1	5,360	2 4,060	3 3,560	4 3,220	5 2,880	6 1,640	7	8	9	円
	補償 A	7,640		B 5,060		C 3,950					
12月1日～ (7か月間)	賠償 1	4,760	2 3,610	3 3,160	4 2,860	5 2,560	6 1,450	7	8	9	円
	補償 A	6,790		B 4,490		C 3,510					
1月1日～ (6か月間)	賠償 1	4,170	2 3,160	3 2,770	4 2,500	5 2,240	6 1,270	7	8	9	円
	補償 A	5,940		B 3,930		C 3,070					
2月1日～ (5か月間)	賠償 1	3,570	2 2,710	3 2,370	4 2,150	5 1,920	6 1,090	7	8	9	円
	補償 A	5,090		B 3,370		C 2,640					
3月1日～ (4か月間)	賠償 1	2,980	2 2,250	3 1,980	4 1,790	5 1,600	6 910	7	8	9	円
	補償 A	4,240		B 2,810		C 2,200					
4月1日～ (3か月間)	賠償 1	2,380	2 1,800	3 1,580	4 1,430	5 1,280	6 730	7	8	9	円
	補償 A	3,390		B 2,250		C 1,760					
5月1日～ (2か月間)	賠償 1	1,790	2 1,350	3 1,190	4 1,070	5 960	6 550	7	8	9	円
	補償 A	2,550		B 1,690		C 1,320					
6月1日～ (1か月間)	賠償 1	1,190	2 900	3 790	4 720	5 640	6 360	7	8	9	円
	補償 A	1,700		B 1,120		C 880					
	賠償 1	600	2 450	3 400	4 360	5 320	6 180	7	8	9	円
	補償 A	850		B 560		C 440					

- 保険料のお支払について
 - ・ 口座振替の場合：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：保険開始日の前月15日必着)
 - ・ 振込の場合：指定口座までお振込ください。(振込期限：保険開始日の前月末日まで (休業日の場合はその翌営業日))
- ◎ 詳しい補償内容および個人情報の取扱いは、パンフレットをご確認ください。
- ◎ 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。(保険開始月の翌月中旬頃)