

**再生医療サポート保険（自由診療）加入申込票** 医師個人用（歯科医師以外）

FAX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）  
 FAX：03-6262-3029 メール：[insurance@jsrm.jp](mailto:insurance@jsrm.jp)

加入者区分	<input type="radio"/>	医師（歯科医師以外）個人	※歯科医師の先生は「 <a href="#">歯科医師個人用</a> 」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（※）	<input type="radio"/>	振込
<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>				

◎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）						合計保険料 （一括払）
	1	2	3	4	5	6	
<b>記入例</b>	賠償 1	42,820	2 37,270	3 33,940	4 31,700	5 28,700	34880円
	補償 A	9,330		B 6,180	C 4,830		
翌年更新時	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		
8月1日～ （11か月間）	賠償 1	42,820	2 37,270	3 33,940	4 31,700	5 28,700	6 5,520
	補償 A	9,330		B 6,180	C 4,830		円
9月1日～ （10か月間）	賠償 1	38,930	2 33,880	3 30,850	4 28,820	5 26,090	6 5,020
	補償 A	8,480		B 5,620	C 4,390		円
10月1日～ （9か月間）	賠償 1	35,030	2 30,500	3 27,770	4 25,940	5 23,480	6 4,520
	補償 A	7,640		B 5,060	C 3,950		円
11月1日～ （8か月間）	賠償 1	31,140	2 27,110	3 24,680	4 23,050	5 20,870	6 4,010
	補償 A	6,790		B 4,490	C 3,510		円
12月1日～ （7か月間）	賠償 1	27,250	2 23,720	3 21,600	4 20,170	5 18,260	6 3,510
	補償 A	5,940		B 3,930	C 3,070		円
1月1日～ （6か月間）	賠償 1	23,360	2 20,330	3 18,510	4 17,290	5 15,660	6 3,010
	補償 A	5,090		B 3,370	C 2,640		円
2月1日～ （5か月間）	賠償 1	19,460	2 16,940	3 15,430	4 14,410	5 13,050	6 2,510
	補償 A	4,240		B 2,810	C 2,200		円
3月1日～ （4か月間）	賠償 1	15,570	2 13,550	3 12,340	4 11,530	5 10,440	6 2,010
	補償 A	3,390		B 2,250	C 1,760		円
4月1日～ （3か月間）	賠償 1	11,680	2 10,170	3 9,260	4 8,650	5 7,830	6 1,510
	補償 A	2,550		B 1,690	C 1,320		円
5月1日～ （2か月間）	賠償 1	7,790	2 6,780	3 6,170	4 5,760	5 5,220	6 1,000
	補償 A	1,700		B 1,120	C 880		円
6月1日～ （1か月間）	賠償 1	3,890	2 3,390	3 3,090	4 2,880	5 2,610	6 500
	補償 A	850		B 560	C 440		円

- 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）