再生医療サポート保険（自由診療）加入申込票　歯科診療所用

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

加入者区分	◯	歯科診療所　※一般開業医の先生は「一般診療所用（歯科診療所以外）」をご使用ください		
診療所の形態	◯	「個人立」歯科診療所	◯	「医療法人立」歯科診療所

氏名	（フリガナ） ＊医療法人の場合：医療法人社団○○会　理事長　□□　□□	ＴＥＬ	
メールアドレス	@	会員番号	６６９－　　－
加入者住所	◯ 学会誌　送付先と同じ		
	◯ 学会誌　送付先以外（下記にご記入ください） 〒		
診療所名称			
診療所住所	◯ 加入者住所と同じ		
	◯ 加入者住所以外（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	◯ 口座振替（※） （※）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）	◯	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）
◯ 記入例	（8か月）	賠償	1 7,910	2 6,090	3 5,410	4 4,950	5 4,490	6 2,410	7 2,790	8 2,850		11140円
		補償	A 10,050		B 6,650		C 5,200					
翌年更新時	7月1日～（1年間）	賠償	1 11,870	2 9,140	3 8,110	4 7,420	5 6,730	6 3,610	7 4,190	8 4,270		
		補償	A 15,070		B 9,970		C 7,800					
◯	8月1日～（11か月間）	賠償	1 10,880	2 8,380	3 7,430	4 6,800	5 6,170	6 3,310	7 3,840	8 3,910		円
		補償	A 13,810		B 9,140		C 7,150					
◯	9月1日～（10か月間）	賠償	1 9,890	2 7,620	3 6,760	4 6,180	5 5,610	6 3,010	7 3,490	8 3,560		円
		補償	A 12,560		B 8,310		C 6,500					
◯	10月1日～（9か月間）	賠償	1 8,900	2 6,860	3 6,080	4 5,570	5 5,050	6 2,710	7 3,140	8 3,200		円
		補償	A 11,300		B 7,480		C 5,850					
◯	11月1日～（8か月間）	賠償	1 7,910	2 6,090	3 5,410	4 4,950	5 4,490	6 2,410	7 2,790	8 2,850		円
		補償	A 10,050		B 6,650		C 5,200					
◯	12月1日～（7か月間）	賠償	1 6,920	2 5,330	3 4,730	4 4,330	5 3,930	6 2,110	7 2,440	8 2,490		円
		補償	A 8,790		B 5,820		C 4,550					
◯	1月1日～（6か月間）	賠償	1 5,940	2 4,570	3 4,060	4 3,710	5 3,370	6 1,810	7 2,100	8 2,140		円
		補償	A 7,540		B 4,990		C 3,900					
◯	2月1日～（5か月間）	賠償	1 4,950	2 3,810	3 3,810	4 3,090	5 2,800	6 1,500	7 1,750	8 1,780		円
		補償	A 6,280		B 4,150		C 3,250					
◯	3月1日～（4か月間）	賠償	1 3,960	2 3,050	3 2,700	4 2,470	5 2,240	6 1,200	7 1,400	8 1,420		円
		補償	A 5,020		B 3,320		C 2,600					
◯	4月1日～（3か月間）	賠償	1 2,970	2 2,290	3 2,030	4 1,860	5 1,680	6 900	7 1,050	8 1,070		円
		補償	A 3,770		B 2,490		C 1,950					
◯	5月1日～（2か月間）	賠償	1 1,980	2 1,520	3 1,350	4 1,240	5 1,120	6 600	7 700	8 710		円
		補償	A 2,510		B 1,660		C 1,300					
◯	6月1日～（1か月間）	賠償	1 990	2 760	3 680	4 620	5 560	6 300	7 350	8 360		円
		補償	A 1,260		B 830		C 650					

○　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）