

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：2018 年 6 月 15 日まで）

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

加入者区分		医師（歯科医師以外）個人		歯科医師個人
氏名	(フリガナ)		TEL	
メールアドレス	@		会員番号	6 6 9 - -
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） 〒		
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		口座振替（※） （※）2018 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）		振込
保険期間	2018 年 7 月 1 日 ～ 2019 年 7 月 1 日			

プラン（※）		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：2018 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：2018 年 7 月 2 日まで）

- ◎ 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。（2018 年 8 月中旬頃発送予定）