

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](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「歯科医師個人用」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	<input type="radio"/>	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

(※) 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)

◎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)				
	賠償	1	2	3	4	5	6	補償	合計	円					
<input type="radio"/> 記入例	賠償	1	42,820	2	37,270	3	33,940	4	31,700	5	28,700	6	5,520	34880	
	補償	A	9,330		B	6,180		C	4,830						
<input type="radio"/> 翌年更新時	7月1日～ (1年間)	賠償	1	46,710	2	40,660	3	37,020	4	34,580	5	31,310	6	6,020	
		補償	1	10,180		2	6,740		3	5,270					
<input type="radio"/>	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	円
		補償	A	9,330		B	6,180		C	4,830					
<input type="radio"/>	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	円
		補償	A	8,480		B	5,620		C	4,390					
<input type="radio"/>	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	円
		補償	A	7,640		B	5,060		C	3,950					
<input type="radio"/>	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	円
		補償	A	6,790		B	4,490		C	3,510					
<input type="radio"/>	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	円
		補償	A	5,940		B	3,930		C	3,070					
<input type="radio"/>	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	円
		補償	A	5,090		B	3,370		C	2,640					
<input type="radio"/>	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	円
		補償	A	4,240		B	2,810		C	2,200					
<input type="radio"/>	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	円
		補償	A	3,390		B	2,250		C	1,760					
<input type="radio"/>	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	円
		補償	A	2,550		B	1,690		C	1,320					
<input type="radio"/>	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	円
		補償	A	1,700		B	1,120		C	880					
<input type="radio"/>	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	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)

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](mailto:insurance@jsrm.jp)

加入者区分	<input type="radio"/>	歯科医師個人 <b>※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</b>
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	<input type="radio"/>	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

(※) 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)

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