

(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				
記入例 (7月1日)	賠償 1	6,550	2	4,960	3	4,350	4	3,930	5	3,520	6	2,000	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	円
	補償 A	10,180		B	6,740		C	5,270					
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	円
	補償 A	9,330		B	6,180		C	4,830					
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	円
	補償 A	8,480		B	5,620		C	4,390					
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	円
	補償 A	7,640		B	5,060		C	3,950					
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	円
	補償 A	6,790		B	4,490		C	3,510					
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	円
	補償 A	5,940		B	3,930		C	3,070					
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	円
	補償 A	5,090		B	3,370		C	2,640					
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	円
	補償 A	4,240		B	2,810		C	2,200					
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	円
	補償 A	3,390		B	2,250		C	1,760					
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	円
	補償 A	2,550		B	1,690		C	1,320					
5月1日～ (2か月間)	賠償 1	1,190	2	900	3	790	4	720	5	640	6	360	円
	補償 A	1,700		B	1,120		C	880					
6月1日～ (1か月間)	賠償 1	600	2	450	3	400	4	360	5	320	6	180	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)