

# 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](mailto:insurance@jsrm.jp)

加入者区分	<input type="checkbox"/>	歯科診療所	<small>※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</small>
診療所の形態	<input type="checkbox"/>	「個人立」歯科診療所	<input type="checkbox"/> 「医療法人立」歯科診療所
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="checkbox"/>	学会誌 送付先と同じ	
	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	加入者住所と同じ	
	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	口座振替 <small>(※)</small>	<input type="checkbox"/> 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	7	8	9	10	11	12	
11月（8か月） <small>記入例</small>	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					
	補償 A 10,050	B 6,650	C 5,200										
翌年更新時	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				11140円	
	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 7,440	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 9,900	2 7,620	3 6,760	4 6,190	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 8,910	2 6,860	3 6,090	4 5,570	5 5,050	6 2,710	7 3,150	8 3,210				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 6,100	3 5,410	4 4,950	5 4,490	6 2,410	7 2,800	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 5,340	3 4,740	4 4,330	5 3,930	6 2,110	7 2,450	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 4,580	3 4,060	4 3,720	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 3,800	3 3,380	4 3,090	5 2,800	6 1,500	7 1,740	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 3,040	3 2,700	4 2,470	5 2,240	6 1,200	7 1,390	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 2,280	3 2,030	4 1,850	5 1,680	6 910	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	6 610	7 700	8 720				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）