

再生医療サポート保険（自由診療）加入申込票

一般診療所用（歯科診療所以外）

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	<input type="radio"/>	一般診療所（歯科診療所以外）	※歯科開業医の先生は「歯科診療所用」をご使用ください	
診療所の形態	<input type="radio"/>	「個人立」診療所	<input type="radio"/>	「医療法人立」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	<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） 〒		
診療所名称				
診療所住所	<input type="radio"/>	加入者住所と同じ		
	<input type="radio"/>	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="radio"/>	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）	<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	記入例	保険料（円）								合計保険料 （一括払）								
		1	2	3	4	5	6	7	8									
11月1日 （8か月）	賠償	1	47,390	2	41,250	3	37,600	4	35,160	5	31,900	6	6,140	7		8		38550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	71,080	2	61,870	3	56,400	4	52,740	5	47,850	6	9,210	7	9,900	8	10,040	
	補償		A		15,070		B		9,970		C		7,800					
8月1日～ （11か月間）	賠償	1	65,160	2	56,720	3	51,700	4	48,350	5	43,870	6	8,440	7	9,080	8	9,210	円
	補償		A		13,810		B		9,140		C		7,150					
9月1日～ （10か月間）	賠償	1	59,230	2	51,560	3	47,000	4	43,950	5	39,870	6	7,680	7	8,250	8	8,370	円
	補償		A		12,560		B		8,310		C		6,500					
10月1日～ （9か月間）	賠償	1	53,320	2	46,400	3	42,300	4	39,560	5	35,890	6	6,910	7	7,430	8	7,540	円
	補償		A		11,300		B		7,480		C		5,850					
11月1日～ （8か月間）	賠償	1	47,390	2	41,250	3	37,600	4	35,160	5	31,900	6	6,140	7	6,600	8	6,690	円
	補償		A		10,050		B		6,650		C		5,200					
12月1日～ （7か月間）	賠償	1	41,470	2	36,090	3	32,900	4	30,760	5	27,910	6	5,370	7	5,770	8	5,860	円
	補償		A		8,790		B		5,820		C		4,550					
1月1日～ （6か月間）	賠償	1	35,540	2	30,940	3	28,200	4	26,370	5	23,930	6	4,610	7	4,950	8	5,020	円
	補償		A		7,540		B		4,990		C		3,900					
2月1日～ （5か月間）	賠償	1	29,620	2	25,780	3	23,500	4	21,980	5	19,940	6	3,840	7	4,130	8	4,190	円
	補償		A		6,280		B		4,150		C		3,250					
3月1日～ （4か月間）	賠償	1	23,690	2	20,620	3	18,800	4	17,580	5	15,950	6	3,070	7	3,300	8	3,350	円
	補償		A		5,020		B		3,320		C		2,600					
4月1日～ （3か月間）	賠償	1	17,780	2	15,470	3	14,100	4	13,190	5	11,960	6	2,310	7	2,480	8	2,520	円
	補償		A		3,770		B		2,490		C		1,950					
5月1日～ （2か月間）	賠償	1	11,850	2	10,320	3	9,400	4	8,790	5	7,980	6	1,530	7	1,650	8	1,670	円
	補償		A		2,510		B		1,660		C		1,300					
6月1日～ （1か月間）	賠償	1	5,930	2	5,150	3	4,700	4	4,390	5	3,980	6	770	7	820	8	840	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）