

日本再生医療学会 健康被害補償制度 再生医療サポート保険（自由診療）ご継続内容変更申込票

2021年6月15日までにお申し出がない場合、前年度同条件にて自動継続をさせていただきます。
変更箇所（太枠内）をご訂正の上、本会までFAXまたはメールにてご送付ください。
保険料の変更がある場合は、追って本会よりご案内いたします。（7月1日までにお支払手続きをお願い致します。）
※前年度のご加入内容は再生医療サポート保険（自由診療）加入システムよりご確認ください。

記名被保険者（加入者）住所
記名被保険者（加入者）名
様

加入者区分

支払い限度額

過失がある場合（医療上の賠償責任・医療施設の賠償責任）

プラン名：

過失がない場合（再生医療等における補償責任）

プラン名：

保険料支払方法（ご希望のいずれかに○） 口座振替 / 振込

施設名称
施設所在地

- 太枠内の内容に変更がある場合（住所変更、プラン変更、保険料支払方法変更など）
太枠内の内容をご変更の上、本会までメールまたはFAXにてご連絡ください。
（保険料の変更がある場合、本会より変更後の保険料をご案内します）
- 継続をご希望されない場合
右記に○印の上、本会までメールまたはFAXにてご連絡ください。

ご送付先：一般社団法人日本再生医療学会 補償制度担当（6月15日必着）
メール insurance@jsrm.jp / FAX 03-6262-3029

継続
○ しない