

《記入例》（勤務医用）

勤務医コース用

日本美容医療リスクマネジメント協会 御中

日本美容医療リスクマネジメント協会総合補償制度 加入依頼書

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合やこれらに事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なくご加入の取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

ご記入日 西暦 年 月 日

社内使用欄	
会員番号	
補償開始日	年 月 日

ご加入に際して

私は、保険契約者である団体の構成員（会員）であることを確認し、この保険契約への加入を依頼します。また、私は、裏面に記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について確認のうえ、同意いたします。

加入者（被保険者）

フリガナ 姓 **美容** 名 **花子** 印

フリガナ 〒 **ご住所をご記入下さい**

TEL FAX

現在の所属団体をチェックしてください。 ※この5団体に所属していない場合は、日本美容医療リスクマネジメント協会既存会員の所属団体に所属してください。

日本美容医療協会 日本皮膚科学会 日本美容皮膚科学会 日本形成外科学会 日本美容外科学会(JSAPS)

該当する所属団体すべてにチェックをしてください

勤務先名称 病院 クリニック 科 TEL - -

勤務先住所 〒 - フリガナ

主な勤務先をご記入ください

メールアドレス @

協会からの連絡を受信出来るメールアドレスをご記入ください

①ご希望のプランに○をつけてください。

記入欄	プラン名	支払限度額 (1事故/保険期間中)	免責金額 (自己負担額)	保険料(月額)
<input type="radio"/>	①	100万円/300万円	10万円	1,000円
<input type="radio"/>	②	200万円/600万円	10万円	1,500円
<input type="radio"/>	③	500万円/1,500万円	10万円	2,300円
<input type="radio"/>	④	1,000万円/3,000万円	10万円	3,200円

いずれかに○を

②下記の告知事項にご回答ください。どちらかに○をお付けください

告知事項	告知事項	はい	いいえ
★1. 本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか（過去に東京海上日動火災保険（株）と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。）		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
★2. 本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか（過去に東京海上日動火災保険（株）と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。）		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
☆3. 現在、病院・診療所を開設していますか？ また2022年12月1日までに病院・診療所を開設する予定がありますか？		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

内容をお読み頂き「はい」か「いいえ」に○をしてください
「はい」の場合は具体的な内容をご記入下さい

★3が「はい」の場合は、施設名をご記入ください

★他の保険契約等*1 あり なし

被保険者氏名 保険会社・共済 保

「あり」か「なし」に○をして下さい
「あり」の場合は該当項目欄に詳細をご記入ください

制度掛金 = 「保険料」 + 「会費」 + 「出資金」

- 会費は500円/月で、「苦情クレーム相談サービス」などを提供する費用に充てられます。
- 加入者は、新規加入時のみ「出資金」として10,000円を拠出していただきます。ただし、退会時には返戻いたします。

2024年8月作成 24-702108

※ 訂正した場合は項目によっては訂正印が必要となります