

## 診療放射線技師賠償責任保険「上乘せ補償」加入依頼書

この保険は、補償期間(保険期間)の途中で解約することはできませんので、予めご承知おきの上ご加入ください。

## ご加入時の確認事項

- 私は、保険契約者である公益社団法人日本診療放射線技師会の会員であること。
- 私は、パンフレットに記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容に同意していること。

ご記入日 (加入依頼日)	西暦	年	月	日	会員番号				
					右詰めでご記入ください				

※保険料は下表をご参照ください。

フリガナ									
☆ 加入者(被保険者) 氏名	署名(自署) *上記「ご加入時の確認事項」を確認の上、診療放射線技師賠償責任保険への加入を申し込みます。								
加入者(被保険者) 住所・電話	〒	-		自宅・携帯	TEL(	-	-	)	
メールアドレス	@								
	※携帯のアドレスを登録される場合は、hoshasen@medic-office.co.jpからのメールを受信できるように設定ください。								
所属施設名	TEL( - - )								
日中の連絡先	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください <input type="checkbox"/> 上記所属施設 <input type="checkbox"/> 上記自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 上記メールアドレス								
ご加入プラン	<input type="checkbox"/> Aプラン <input type="checkbox"/> Bプラン (ご加入されるプランに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)								

※下記のいずれかが「あり」または「はい」の場合は、その具体的な内容を記入

★ どちらかに○を 付けて下さい (告知事項申告欄)	他の同種の保険契約等(※)がありますか。 (※)ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払い責任が同じである他の保険契約をいいます。	あ り な し	会社名: 保険等の種類: 満期日: 支払限度額:
	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(過去に引受保険会社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。)	は い い え	
	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(過去に引受保険会社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。)	は い い え	

★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。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載されない場合は、ご加入を解除させていただきます。ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項(告知事項)に内容の変更が生じた場合は、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできないことがございます。また変更の内容によってご加入を解除することがございますので、ご了承願います。通知義務の対象ではありませんが、ご加入者の住所等を変更した場合にもご加入の代理店または引受保険会社にご連絡ください。

ご希望の補償開始日にチェックを入れてください。ただし、補償開始日の前月25日までに加入書類のご提出が必要です。

補償開始日	加入期間	保険料		加入書類締切日
		Aプラン	Bプラン	
<input type="checkbox"/> 2024年7月1日から加入	12ヶ月	2,100円	1,600円	2024年6月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年8月1日から加入	11ヶ月	1,930円	1,470円	2024年7月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年9月1日から加入	10ヶ月	1,750円	1,340円	2024年8月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年10月1日から加入	9ヶ月	1,580円	1,200円	2024年9月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年11月1日から加入	8ヶ月	1,400円	1,060円	2024年10月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年12月1日から加入	7ヶ月	1,220円	940円	2024年11月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年1月1日から加入	6ヶ月	1,050円	810円	2024年12月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年2月1日から加入	5ヶ月	880円	670円	2025年1月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年3月1日から加入	4ヶ月	700円	540円	2025年2月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年4月1日から加入	3ヶ月	530円	410円	2025年3月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年5月1日から加入	2ヶ月	350円	270円	2025年4月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年6月1日から加入	1ヶ月	180円	150円	2025年5月25日必着

※始期から開始の場合は午後4時から、中途加入の場合は午前0時から補償開始となり、いずれも補償終了日は2025年7月1日午後4時となります。

※上記加入書類締切日(25日)が土・日・祝日の場合は、翌営業日が締切日となります。

※加入依頼書の控えが必要な場合は、お手数ですがコピーをとって保管してください。