

2024年度

「診療放射線技師賠償責任保険」記入例

I. 加入依頼書

会員番号をご記入ください。
(右詰めで前を「0」で埋める)

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|-------|
| ご記入日 (加入依頼日) | 西暦 2024年6月5日 | 会員番号 右詰めでご記入ください | 00000 |
|-----------------|--------------|---------------------|-------|

※保険料は下表をご参照ください。

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| フリガナ | シン リョウ タ ロウ | | |
| ☆ 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。 診療 太郎 | | |
| 加入者(被保険者) 住所・電話 | 〒 104-0033 自宅(携帯) TEL(090 - 0000 - 1111) 東京都中央区新川2-22-2 | | |
| 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 | ○○○病院 TEL(03 - 0000 - 1111) | | |
| 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 checked="" 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 checked="" 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(通知事項)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場合がございます。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、ご了承ください。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。

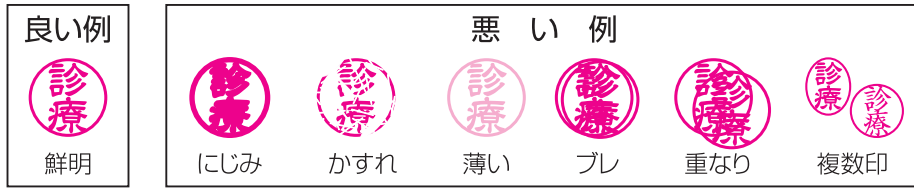
| 補償開始日 | 加入期間 | 保険料 | | 加入書類締切日 |
|---|------|--------|--------|---------------|
| | | Aプラン | Bプラン | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2024年7月1日から加入 | 12ヶ月 | 2,100円 | 1,600円 | 2024年6月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 2024年8月1日から加入 | 11ヶ月 | 1,930円 | 1,470円 | 2024年7月25日必着 |
| <input type="checkbox"/> 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 |

補償開始日に必ずチェックを入れてください。

裏面もご覧ください。➡

口座振替依頼書

※ ご捺印いただいた印が下記のような場合は、不鮮明のため口座をご登録できない場合がございますので、捺印に失敗した場合は、余白に再度ご捺印をお願いします。



公益社団法人 日本診療放射線技師会 保険料口座振替依頼書

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|---|--|
| 会員番号 <small>右詰めでご記入ください</small> | 0 0 0 0 0 | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 | |
| フリガナ | シンリョウ タロウ | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 |
| 加入者名 | 診療 太郎 | 生年月日 | 西暦 1990年 7月 1日 |
| フリガナ | トウキョウトチュウオウクシンカワ | TEL: 03 (0000) 1111 | |
| 加入者住所 | 〒104 - 0033 東京都中央区新川 2-22-2 | | |

会員番号をご記入ください。
(右詰めで前を '0' で埋める)

個人口座・法人口座のどちらをご登録の場合も「加入者氏名」は必ずご記入ください。

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収・加)

私は、SMBC ファイナンスサービスから請求された金額を私名義の下記預金から預金口座振替によって支払うこととしたいので預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

| | | | |
|---------|--------------------|---|-------------------|
| 収納代行会社 | SMBCファイナンスサービス株式会社 | 振替日 | 23日 (休業日の場合は翌営業日) |
| 集金委託者名 | 公益社団法人 日本診療放射線技師会 | 料金等の種類 | 保険料等 |
| 集金委託者番号 | 3 0 5 6 7 0 0 0 | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 | |
| 社員番号 | 0 0 0 0 0 0 0 0 | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 | |
| 振替開始月 | 20 年 月 23 日より | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 | |
| ご記入日 | 西暦 2024年 6月 5日 | 太枠内をご記入ください | |

会員番号をご記入ください
(右詰めで前を '0' で埋める)

店舗番号・記号は通帳などでご確認ください。番号がわからない場合は空欄で結構です。

※貯蓄預金は振替口座に設定できませんのでご注意ください。

ゆうちょ銀行以外はコチラにご記入ください。

ゆうちょ銀行はコチラにご記入ください。

| | | | |
|----------------|-------------------------------------|-------|--------------------|
| 金融機関コード | 0 0 0 1 | 支店コード | 1 0 0 |
| ご指定口座 | みずほ | 業態 | 丸の内中央 |
| 預金種目 | <input checked="" type="radio"/> 普通 | 口座番号 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| カタカナ | シンリョウ タロウ | 印 | 診療 |
| 口座名義人(預金者のお名前) | 診療 太郎 | 口座届出印 | 診療 |
| 種目コード | 1 6 6 3 0 1 | 記号 | 0 |
| カタカナ | 診療 太郎 | 番号 | |
| 口座名義人(貯金者のお名前) | 診療 太郎 | 払込先 | SMBCファイナンスサービス株式会社 |
| 払込先口座番号 | 0 0 1 1 0 - 5 - 5 8 8 3 0 | 加入者名 | 診療 太郎 |

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

| | | | |
|---------|--------------------------|---------------|---|
| 金融機関使用欄 | 金融機関にお届けの口座名義人名をご記入ください。 | 記号番号をご記入ください。 | (例) 番号が4321(7桁以下)のとき前"0"を記入 00004321 |
| 印 | 印鑑照会 | 受付印 | SMBCファイナンスサービス株式会社 |

金融機関お届け印 (訂正印もお届け印でご捺印ください。)
はきりご捺印ください。

ご確認ください

ネットバンク、印鑑レス口座等、印鑑による本人確認が取れない口座をご利用の場合は、メールやWEBページ等で金融機関から本人確認が行われます。認証方法等については金融機関ごとに異なりますので、事前にご確認ください。