

口座振替依頼書 記入例

2021 年度版

ご記入日： 2021 年 5 月 1 日

フリガナ	リンショウ ハナコ	日臨技 会員番号	5 1 0 8 8 6
加入者氏名	臨床 花子		
フリガナ	トウキョウト チヨダク 1-2-1		
加入者住所	〒 000 - 1234 電話番号 03 - 0000 - 1111 東京都千代田区丸の内1-2-1		
本紙について お問い合わせ 電話番号	(自宅) 職場・携帯) (職場・部署名：) 03 - 0000 - 1111 (内線)		

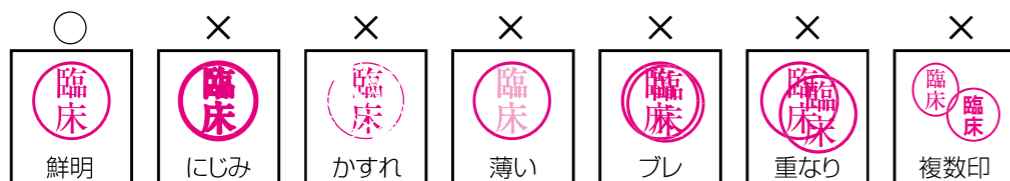
「日臨技リンクス」 記入例とご注意事項

記入例を参考に、「日臨技リンクス」加入依頼書、「日臨技リンクス」口座振替依頼書にご記入・押印のうえ、添付の返信用封筒を使ってご郵送ください。切手は不要です。

ご注意

1. 指定口座欄内は、**修正液等**を使って修正すると、多くの場合金融機関で受け付けられません。誤って記載した場合は、必ず**二重線+訂正印（金融機関お届け印）**で訂正してください。
また、二重書き（なぞるような書き方）も受け付けられないケースが多いので、必ず**二重線+訂正印（金融機関お届け印）**で訂正してください。
2. 必ず**黒または青のボールペン**で記載してください。
3. お届け印の誤りや印鑑不鮮明で、書類が戻ってくるケースが多く見受けられます。印鑑は**必ずご確認のうえ、鮮明に**押印してください。

※ 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。



★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。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく東京海上日動までご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

<ご注意事項>

1. 加入書類が届いたら、ご指定のご連絡先に受領の旨ご連絡いたします。郵送後一定期間を過ぎても受領の連絡がない場合は、下記取扱代理店までご連絡ください。
2. ご加入手続き完了の通知は、加入者票の発送を以て代えさせていただきます。なお加入者票は、ご加入月（補償開始月）中に引受保険会社から直送されます。
3. 「日臨技リンクス」で介護医療保険料控除対象となる補償は、「医療補償」「がん補償」「団体長期障害所得補償」です。控除証明書は、ご加入者様に毎年11月頃引受保険会社から直送されます。なお、この保険は毎年6月から証券番号が変わるため、控除証明書には2行で掲載されますので、予めご承知置きください。
4. 更新のご案内は毎年4月頃に、取扱代理店：(株)メディックプランニングオフィスから郵送いたします。
5. お届け内容に変更が生じた場合、また保険を脱退される場合は、下記取扱代理店までご連絡ください。脱退を希望される場合は、毎月25日までに書面でご連絡ください。脱退日は毎月末日です。(例：10月末日の脱退を希望される場合、10月25日必着。)

◆用語のご説明

会 員：一般社団法人日本臨床衛生検査技師会の会員。
加 入 者：保険加入の申込者のご本人、必ず一般社団法人日本臨床衛生検査技師会の会員ご本人に加入者になっていただきます。
被保険者本人：被保険者の中の筆頭者（1名）で、ご加入した保険種目のすべての補償（特約を含む）を受け取ることができます。被保険者本人になれる方は、パンフレットP14でご確認ください。
被 保 険 者：被保険者の中で被保険者本人以外の方。夫婦型・家族型の配偶者、お子様がこれに該当します。
被保険者本人に比べ、医療補償、がん補償では、補償条件に制約がございます。

<変更・脱退のご連絡先>

取扱代理店：(株)メディックプランニングオフィス
 〒104-0033 東京都中央区新川2-22-6 SJIビル2F
 フリーダイヤル：0120-610020（土日祝日を除く9:00～17:00）Fax：0120-035466

必ずしも会員の方の口座である必要はありません。

金融機関 提出用	預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収加)	加入者及び預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)を収納代行会社として、上記の預金口座振替規定に同意のうえ、口座振替を依頼します。
銀行 農協 信用金庫 漁協 信用組合 労働金庫 御中	232820 年 月 日 276000001386	
番号 510886	令和 3 年 5 月 1 日	収納代行会社 明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)
金融機関使用事項	金融機関番号	金融機関使用事項
1 預金取引なし 3 印鑑相違 2 記載事項等相違 ア. 金融機関番号 イ. 店名 ウ. 店番 エ. 預金種目 オ. 口座番号 カ. 口座名義	16630	4 印鑑不明 5 誤当口座なし 6 口座解約済 7 その他 事由
指定口座	種目コード 16630	契約種別コード 1
ゆうちょ銀行	記号(6桁目がある場合は※にご記入ください) 6789123	番号(右づめでご記入ください) 6789123
払込先口座番号 00140-5-120363	払込先加入者名 明治安田収納ビジネスサービス株式会社	払込金の種別 集金 30
カナ預金者名 リンショウ ハナコ	金融機関お届け印 (サイン) 臨床	振替口 払込口 27日 (当日が休業日の場合は翌営業日)
預金者名 臨床 花子		

必ず金融機関お届け印をお確かめのうえ、押印ください。異なる印を複数押した場合、再提出を求められます。

「日臨技リンクス」加入依頼書

ご加入時の同意内容について
氏名 臨床 花子
住所 東京都千代田区丸の内1-2-1
所属施設名 ○○病院

加入者情報
性別 女
加入タイプ A2
加入人数 2
加入料 2020年 5月 1日
日臨技員番号 510816

職業・職務
加入タイプ A2
加入人数 2
加入料 2020年 5月 1日

個人賠償責任補償
加入タイプ M3W
加入人数 3
加入料 2020年 5月 1日

健康状態告知
加入タイプ F2
加入人数 2
加入料 2020年 5月 1日

団体長期障害所得補償
加入タイプ M3W
加入人数 3
加入料 2020年 5月 1日

注1 ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである
注2 加入者がご加入された保険料は、ご加入期間中に発生した損害賠償請求金に充てられます

記入例

補償開始日
2021年6月1日から加入
2021年7月1日から加入
2021年8月1日から加入
2021年9月1日から加入
2021年10月1日から加入
2021年11月1日から加入
2022年1月1日から加入
2022年2月1日から加入
2022年3月1日から加入
2022年4月1日から加入
2022年5月1日から加入

補償終了日
2021年5月12日必着
2021年6月25日必着
2021年7月25日必着
2021年8月25日必着
2021年9月25日必着
2021年10月25日必着
2021年11月25日必着
2022年1月25日必着
2022年2月25日必着
2022年3月25日必着
2022年4月25日必着

被保険者本人等名簿
氏名 臨床 花子
生年月日 西暦 1973年 10月 1日
性別 女

配偶者・後見人等名簿
氏名 臨床 太郎
生年月日 西暦 2020年 5月 1日
性別 男

お子様名簿
氏名 臨床 花子
生年月日 西暦 2020年 5月 1日
性別 女
氏名 臨床 太郎
生年月日 西暦 2020年 6月 1日
性別 男
氏名 臨床 一郎
生年月日 西暦 2002年 7月 2日
性別 男

他の保険契約等の具体的な内容
被保険者氏名 臨床 花子
保険会社 株式会社 共済会社
保険種類 傷害保険
保険金額・支払限度額 (ご契約金額) (万円) 100万円

※日臨技リンクス互助会運営費として、加入する保険種目数に問わず100円/月を申し受けます

■会員が被保険者本人になる場合:

傷害補償、医療補償、がん補償について、いずれも「本人型」「夫婦型」「家族型①」「家族型②」にご加入いただけます。

■会員のご家族・ご親族を被保険者本人とする場合:

傷害補償は「本人型」「夫婦型」「家族型①」「家族型②」にご加入いただけます。(但し同居の親族は「本人型」のみ)
医療補償、がん補償は、「本人型」にのみご加入いただけます。団体長期障害所得補償は、会員以外の方はご加入いただくことができません。

記入例

「日臨技リンクス」加入依頼書

ご加入時の同意内容について
氏名 臨床 花子
住所 東京都千代田区丸の内1-2-1
所属施設名 ○○病院

加入者情報
性別 女
加入タイプ A2
加入人数 2
加入料 2020年 5月 1日
日臨技員番号 5110816

職業・職務
加入タイプ A2
加入人数 2
加入料 2020年 5月 1日

個人賠償責任補償
加入タイプ M2
加入人数 2
加入料 2020年 5月 1日

健康状態告知
加入タイプ KI
加入人数 2
加入料 2020年 5月 1日

団体長期障害所得補償
加入タイプ M2
加入人数 2
加入料 2020年 5月 1日

注1 ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである
注2 加入者がご加入された保険料は、ご加入期間中に発生した損害賠償請求金に充てられます

補償開始日
2021年6月1日から加入
2021年7月1日から加入
2021年8月1日から加入
2021年9月1日から加入
2021年10月1日から加入
2021年11月1日から加入
2022年1月1日から加入
2022年2月1日から加入
2022年3月1日から加入
2022年4月1日から加入
2022年5月1日から加入

補償終了日
2021年5月12日必着
2021年6月25日必着
2021年7月25日必着
2021年8月25日必着
2021年9月25日必着
2021年10月25日必着
2021年11月25日必着
2022年1月25日必着
2022年2月25日必着
2022年3月25日必着
2022年4月25日必着

被保険者本人等名簿
氏名 大森 京子
生年月日 西暦 1980年 9月 6日
性別 女

配偶者・後見人等名簿
氏名 大森 京子
生年月日 西暦 1980年 9月 6日
性別 女

お子様名簿
氏名 大森 京子
生年月日 西暦 2020年 5月 1日
性別 女
氏名 大森 太郎
生年月日 西暦 2020年 6月 1日
性別 男
氏名 大森 一郎
生年月日 西暦 2002年 7月 2日
性別 男

他の保険契約等の具体的な内容
被保険者氏名 大森 京子
保険会社 株式会社 共済会社
保険種類 傷害保険
保険金額・支払限度額 (ご契約金額) (万円) 100万円

※日臨技リンクス互助会運営費として、加入する保険種目数に問わず100円/月を申し受けます