

## Willnext「医療専門職賠償責任保険」記入例

## 加入依頼書

記入日	西暦 2025 年 3 月 1 日	生年月日	西暦 1996 年 10 月 1 日
フリガナ	イ リョウ イチ ロウ		
☆ 加入者(被保険者) 氏名	署名(自署) 医療 一郎 <small>上記「ご加入時の確認事項」を確認の上、契約者である団体に対して加入を依頼します。一般社団法人日本看護学校協議会共済会の会員でない場合には、同会に入会することを申し込みます。</small>		
加入者(被保険者) 住所	〒 104-0033 東京都中央区新川 2-22-2		
携帯番号	〇〇〇 - △△△△ - □□□□	ご登録の番号にWillnext事務局よりSMSでご連絡する場合があります。携帯電話をお持ちでない場合は、自宅番号をご記入ください。	
所属施設名	〇〇〇病院		TEL( 03 - 0000 - 2222 )

加入者の 専門職名	<input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <small>※上記以外の専門職の方は、お引き受け対象となりません。</small>
--------------	--

★ どちらかに○を 付けてください (告知事項申告欄)	他の同種の保険契約等(※)がありますか。 (※)他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。	はい いいえ	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	※左記のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入
	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	

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。

※医療専門職向け賠償責任保険については、補償期間中の途中脱退はできませんので、予めご了承ください。

※本書の到着が加入書類締切日を過ぎた場合には、翌月のご加入となります。

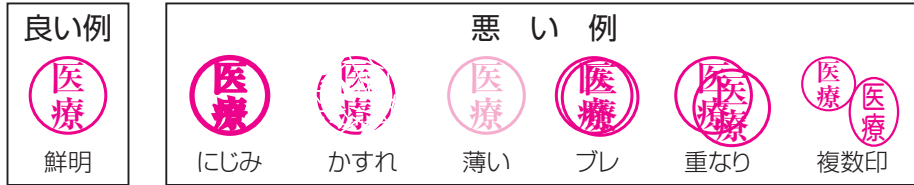
補償開始日	加入期間	掛金	加入書類締切日
<input checked="" type="checkbox"/> 2025年 3月31日から加入	12ヶ月	3,440円	2025年 3月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年 5月 1日から加入	11ヶ月	3,250円	2025年 4月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年 6月 1日から加入	10ヶ月	3,010円	2025年 5月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年 7月 1日から加入	9ヶ月	2,820円	2025年 6月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年 8月 1日から加入	8ヶ月	2,600円	2025年 7月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年 9月 1日から加入	7ヶ月	2,380円	2025年 8月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年10月 1日から加入	6ヶ月	2,180円	2025年 9月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年11月 1日から加入	5ヶ月	1,980円	2025年10月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年12月 1日から加入	4ヶ月	1,750円	2025年11月25日必着
<input type="checkbox"/> 2026年 1月 1日から加入	3ヶ月	1,550円	2025年12月25日必着
<input type="checkbox"/> 2026年 2月 1日から加入	2ヶ月	1,350円	2026年 1月25日必着
<input type="checkbox"/> 2026年 3月 1日から加入	1ヶ月	1,130円	2026年 2月25日必着

\*補償終了日は、いずれの場合も2026年3月31日午後4時です。

\*上記掛金には、一般社団法人日本看護学校協議会共済会の年会費100円と共済制度運営費810円が含まれます。

# 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。



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。

フリガナ	イリョウ イチロウ	性別	(男) (女)
加入者氏名	医療 一郎	生年月日 (西暦)	1996年10月1日

### ■個人口座をご登録の場合

フリガナ	トウキョウトチュウオウクシカワ
加入者住所	〒104-0033 東京都中央区新川2-22-2
電話番号	○△□ - 0000 - 1111

### ■法人口座をご登録の場合

フリガナ	
法人名+施設長名	

\* 法人名、施設長名は社版でも結構です。

## 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。

新規2 変更3

銀行 農協 信用金庫 信用組合 労働金庫 御中

232820 年 月 日 276000001627

令和7年3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)

左つめてご記入ください。

番号	00004321	金融機関番号	0001004	店舗番号	00000000	預金種目	普通(総合)	口座番号(右つめてご記入ください)	0123456
指	ゆうちょ銀行	種目コード	16630	契約種別コード	9900	記号(6桁目がある場合は※にご記入ください)	1	番号(右つめてご記入ください)	0
定	ゆうちょ銀行	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	
口座	カナ預金者名	イリョウ イチロウ	預金者名	医療 一郎	金融機関お届け印(サイン)	医療	振替日・払込日	27日 (当日が休業日の場合は翌営業日)	

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。

### 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	4 印鑑不鮮明
ア. 金融機関番号	5 該当口座なし
イ. 店名	6 口座解約済
ウ. 店番	7 その他
エ. 預金種目	事由
オ. 口座番号	
カ. 口座名義	

(お願) この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備があり戻したか、上記除却項目に○印を付けて明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)へ至急ご連絡ください。(〒136-8385 東京都中央区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階 TEL 03-3615-3125)

金融機関お届け印 (訂正印もお届け印をご捺印ください。)

ゆうちょ銀行以外はコチフにご記入ください。

ゆうちょ銀行はコチフにご記入ください。

ゆうちょ銀行の場合は、記号番号を必ずご記入ください。(例) 番号が4321(7桁以下)のとき前"0"を記入  
00004321

金融機関にお届けの口座名義人名をご記入ください。口座名義人名に肩書きが記載されている場合は、肩書きもご記入ください。

もう一度ご確認を！金融機関お届け印ではっきりとご捺印ください。

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。