

医師賠償責任保険加入・変更申込書

ご注意) 加入申込書(付属書類も含まれます)には事実を正確にご回答(記入)ください。
 ※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合は、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十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

保険期間

令和2年7月1日から

令和3年7月1日まで

前年度と同一のご加入内容でご継続される場合、ご提出不要です。

新規申込または下記変更がある場合該当する項目に○印を付けてください。

- 新規 → 下記欄にご記入の上ご提出ください。
- 住所変更 → 申込人欄に変更後の内容をご記入の上ご提出ください。
- 加入型変更 → 前年度のご加入型を変更してご継続される方は、変更後の内容をすべてご記入の上ご提出ください。
- 口座変更 → 口座振替依頼書に変更後の内容をご記入の上、本加入申込票と口座振替依頼書をご提出ください。
- 非継続 → 申込人欄にご署名の上ご提出ください。

氏名	フリガナ 保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取り、内容について確認するとともに、個人情報の取扱に同意のうえ加入を申し込みます
現住所 <small>*加入者証の送り先となります</small>	〒
TEL (携帯)	
e-mail	
勤務先名称	
所属 (医局・部署)	
会員区分 <small>*該当区分にチェックして下さい</small>	<input type="checkbox"/> 正会員 : 本学医学部卒業生 学籍番号 () <input type="checkbox"/> 準会員 : 本学大学院卒業生 (除く、正会員・特別会員) <input type="checkbox"/> 特別会員 : 本学の学長、副学長、教授、准教授、講師およびかつてその職にあった者 (除く、正会員) <input type="checkbox"/> 賛助会員 : 本学において研究、研修に従事しているか、かつて従事していた者で本会に入会を希望する者
※保険の対象名	医師
※保険料算出の基礎	1名
加入タイプ <small>*ご希望のタイプを○で囲ってください</small>	Dxタイプ Aタイプ Bタイプ Cタイプ
	<small>(日本医師会A会員の先生のみ)</small>

※ 他の保険契約等	この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(ありのときは右欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)	保険会社	保険金額・支払限度額
		保険種類	過去3年間における事故 あり ⇒ ありの場合 回

注) ご連絡いただいた内容が、同窓会データベースと相違する場合、事務局で情報を更新させていただく場合がございます。予めご了承ください。なお、その場合、新たにいただいた情報の公開・非公開の意思の確認ができないので、一旦事務局で、閲覧非公開として登録させていただきます。会員は、一定期間を経たのちHPにログインすることで、または年一回総会案内送付に同封する登録状況連絡票にて、内容を確認することができます。

賛助会員となって加入をご希望の方

この保険は「山梨医科大学/山梨大学医学部同窓会」としての団体加入となりますので、同窓会への入会が必要となります。(賛助会員の方は同窓会への入会金・年会費はかかりません。)
 以上をご確認のうえ、下記にご署名・押印をお願いいたします。

賛助会員として同窓会入会を申し込みます。

氏名

印

※同窓会からの刊行物をご希望の方は事務局までご連絡ください。