

クレーム対応費用保険 加入依頼書

申込日	2026年 月 日			
保険期間	2026年 8月 1日 ~ 2027年 8月 1日			
加入者 ^(注) ※保険料のご負担者 (個人または法人)	〒	—	電話番号	
	住所	フリガナ		
	名称	フリガナ		
被保険者 ^(注) ※保険金のお受取人 (個人または法人)	加入者と同じ	〒	—	電話番号
		住所	フリガナ	
		名称	フリガナ	
対象医療施設 ※補償対象となる医療施設	住所	フリガナ		
	名称	フリガナ		

(注)加入者または被保険者が法人の場合は、**代表者のお名前**もご記入ください。

【ご加入プラン選択】(ご希望内容に丸印をお願いします)

保険料	◆ 歯科診療所			
	プラン	保険金額	年間保険料※ (単位:円)	加入希望
	1	1事故 50万円 期間中 150万円	17,500	
	2	1事故 100万円 期間中 300万円	20,000	
	3	1事故 200万円 期間中 600万円	25,000	
	4	1事故 300万円 期間中 900万円	30,000	
※上記保険料は、1施設あたりの保険料です。 ※中途加入される場合の保険料は、取扱代理店までお問い合わせください。				

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト (<https://www.sompo-japan.co.jp/>) に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な同意を得たうえ、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。