

クレーム対応費用保険 加入依頼書

申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式サイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日	20 年 月 日				
所属郡市等医師会					
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			
	名前	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		
		名前	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】（ご希望するプランに○印をお願いします）

保険料	◆一般診療所			◆勤務医		
	保険金額 (1 事故/期間中)	保険料	加入 希望	保険金額 (1 事故/期間中)	保険料	加入 希望
	① 50/150 万円プラン	17,500 円		① 50/150 万円プラン	8,750 円	
	② 100/300 万円プラン	20,000 円		② 100/300 万円プラン	10,000 円	
	③ 200/600 万円プラン	25,000 円		③ 200/600 万円プラン	12,500 円	
	④ 300/900 万円プラン	30,000 円		④ 300/900 万円プラン	15,000 円	

※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。