

2023年度

「診療放射線技師賠償責任保険」記入例

I. 加入依頼書

会員番号をご記入ください。
(右詰めで前を「0」で埋める)

ご記入日 (加入依頼日)	西暦 2023年6月5日	会員番号 右詰めでご記入ください	00000
-----------------	--------------	---------------------	-------

※保険料は下表をご参照ください。

フリガナ	シン リョウ タ ロウ		
☆ 加入者(被保険者) 氏名	署名(自署) *上記「ご加入時の確認事項」を確認の上、診療放射線技師賠償責任保険への加入を申し込みます。 診療 太郎		
加入者(被保険者) 住所・電話	〒 104-0033	自宅(携帯)	TEL(090 - 0000 - 1111)
メールアドレス	○○○○ @ △△△.□□□ ※携帯のアドレスを登録される場合は、hoshasen@medic-office.co.jpからのメールを受信できるように設定ください。		
所属施設名	○○○病院	TEL(03 - 0000 - 1111)	
日中の連絡先	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください <input type="checkbox"/> 上記所属施設 <input checked="" type="checkbox"/> 上記自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 上記メールアドレス		
ご加入プラン	<input checked="" type="checkbox"/> Aプラン <input type="checkbox"/> Bプラン (ご加入されるプランに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)		

「自宅」とご記入ください。

ご加入プランは「Aプラン」または「Bプラン」のどちらかに必ずチェックを入れてください。

★ どちらかに○を付けて下さい (告知事項申告欄)	他の同種の保険契約等(※)がありますか。 (※)ご加入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。	あり なし	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	
	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	

※下記のいずれかが「あり」または「はい」の場合は、その具体的な内容を記入

★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。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載されない場合は、ご加入を解除させていただきます。ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合は、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできない場合がございます。また変更の内容によってご加入を解除することがございますので、ご了承ください。通知義務の対象ではありませんが、ご加入者の住所等を変更した場合にもご加入の代理店または引受保険会社にご連絡ください。

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。

補償開始日	加入期間	保険料		加入書類締切日
		Aプラン	Bプラン	
<input checked="" type="checkbox"/> 2023年7月1日から加入	12ヶ月	2,100円	1,600円	2023年6月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年8月1日から加入	11ヶ月	1,930円	1,470円	2023年7月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年9月1日から加入	10ヶ月	1,750円	1,340円	2023年8月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年10月1日から加入	9ヶ月	1,580円	1,200円	2023年9月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年11月1日から加入	8ヶ月	1,400円	1,060円	2023年10月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年12月1日から加入	7ヶ月	1,220円	940円	2023年11月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年1月1日から加入	6ヶ月	1,050円	810円	2023年12月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年2月1日から加入	5ヶ月	880円	670円	2024年1月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年3月1日から加入	4ヶ月	700円	540円	2024年2月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年4月1日から加入	3ヶ月	530円	410円	2024年3月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年5月1日から加入	2ヶ月	350円	270円	2024年4月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年6月1日から加入	1ヶ月	180円	150円	2024年5月25日必着

補償開始日に必ずチェックを入れてください。

裏面もご覧ください。➡

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。



公益社団法人 日本診療放射線技師会 保険料口座振替依頼書

会員番号 <small>右詰めでご記入ください</small>	0 0 0 0 0	<input checked="" type="radio"/> 男 · <input type="radio"/> 女	
フリガナ	シンリョウ タロウ	性別	
加入者名	診療 太郎	生年月日	西暦 1990年 7月 1日
フリガナ	トウキョウトチュウオウクシンカワ		
加入者所	〒 104 - 0033	TEL :	03 (0000) 1111
	東京都中央区新川 2-22-6		

会員番号をご記入ください。
(右詰めで前を '0' で埋める)

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。

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収・加)

どちらかに○印
口座振替を開始する 新規 変更
指定口座を変更する

私は、SMBC ファイナンスサービスから請求された金額を私名義の下記預金から預金口座振替によって支払うこととしたいので預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納代行会社	SMBCファイナンスサービス株式会社	振替日	23日 (休業日の場合は翌営業日)
集金委託者名	公益社団法人 日本診療放射線技師会	料金等の種類	保険料等
集金委託者番号	3 0 5 6 7 0 0 0		
社員番号	0 0 0 0 0 0 0 0	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0	
振替開始月	20 年 月 23 日より		
ご記入日	西暦 2023年 6月 5日	太枠内をご記入ください	

※貯蓄預金は振替口座に設定できませんのでご注意ください。

店舗番号・記号は通帳などでご確認ください。番号がわからない場合は空欄で結構です。

金融機関コード	0 0 0 1	支店コード	1 0 0
ご指定口座	みずほ	業態	丸の内中央
預金種目	1.普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
カタカナ	シンリョウ タロウ		
口座名義人 (預金者のお名前)	診療 太郎	<input checked="" type="radio"/> 診療	
種目コード	1 6 6 3 0 1	記号	0
カタカナ		番号	
口座名義人 (貯金者のお名前)			
払込先	0 0 1 1 0 - 5 - 5 8 8 3 0	払込先加入者名	SMBCファイナンスサービス株式会社

ゆうちょ銀行以外の金融機関は、ゆうちょ銀行以外はコチラにご記入ください。

ゆうちょ銀行の場合捺印不要



金融機関お届け印 (訂正印もお届け印でご捺印ください。)
はきりご捺印ください。

ゆうちょ銀行はコチラにご記入ください。

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

金融機関にお届けの口座名義人名をご記入ください。	記号番号をご記入ください。	(例) 番号が 4321 (7桁以下) のとき前 "0" を記入 00004321
金融機関使用欄	印鑑照会	受付印

申込書に不備がありましたら、速やかに下記不備返却先へ

ビジネス事務部
TEL: 03-5444-1533