

2020年度

福祉専門職保険 個人契約用 記入例

■保険契約申込書

申込日	西暦	2020年	3月	1日
フリガナ		イリョウ	ハナコ	
▲申込人(被保険者)氏名	署名(自署)	医療 花子		
▲申込人(被保険者)住所・電話	〒	104-0033	自宅・携帯	TEL(090 - 〇〇〇〇 - ▲▲▲▲)
	(フリガナ)	トウキョウトチュウオウクシンカワ 2-22-6		
		東京都中央区新川 2-22-6		
メールアドレス		〇〇〇〇〇 @ ▲▲▲. ××. jp	※携帯のアドレスを登録される場合は、fukushi@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。	
△勤務先名		〇〇〇〇〇病院	TEL(- -)	
△職業・職務	<input checked="" type="checkbox"/>	介護福祉士	<input type="checkbox"/>	社会福祉士
	<input type="checkbox"/>	精神保健福祉士	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員
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"/>	上記勤務先	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	上記自宅・携帯	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	上記メールアドレス	

■保険料の支払い方式: 座振替方式

■補償項目と保険金額

	補償項目	保険金額
職業賠償責任保険 (医療・福祉専門職特約付帯)	① 対人事故、人格権侵害、個人情報漏えい、第三者への経済的損失 ② 対物事故、受託物の損壊・紛失・盗取・詐取	800万円 (ただし、左記②は20万円限度)
SNS等トラブル解決費用特約	トラブル解決のための費用	10万円
感染症保険	死亡	100万円
	入院・通院・自宅待機	1~10万円
感染症検査費用特約	業務中の感染事故による検査費用	2万円限度

ご希望の始期日(補償開始日)にチェックを入れてください。

	始期日(補償開始日)	保険期間	保険料	申込書類締切日*1
<input checked="" type="checkbox"/>	2020年3月31日から契約	12ヶ月	2,400円	2020年3月25日必着
<input type="checkbox"/>	2020年5月1日から契約	11ヶ月	2,160円	2020年4月25日必着
<input type="checkbox"/>	2020年6月1日から契約	10ヶ月	2,040円	2020年5月25日必着
<input type="checkbox"/>	2020年7月1日から契約	9ヶ月	1,800円	2020年6月25日必着
<input type="checkbox"/>	2020年8月1日から契約	8ヶ月	1,570円	2020年7月25日必着
<input type="checkbox"/>	2020年9月1日から契約	7ヶ月	1,430円	2020年8月25日必着
<input type="checkbox"/>	2020年10月1日から契約	6ヶ月	1,210円	2020年9月25日必着
<input type="checkbox"/>	2020年11月1日から契約	5ヶ月	970円	2020年10月25日必着
<input type="checkbox"/>	2020年12月1日から契約	4ヶ月	830円	2020年11月25日必着
<input type="checkbox"/>	2021年1月1日から契約	3ヶ月	600円	2020年12月25日必着
<input type="checkbox"/>	2021年2月1日から契約	2ヶ月	370円	2021年1月25日必着
<input type="checkbox"/>	2021年3月1日から契約	1ヶ月	240円	2021年2月25日必着

■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。



- 個人契約の場合→A欄・B欄にご記入ください。
- 法人契約の場合→A欄のみご記入ください。

個人口座・法人口座のどちらをご登録の場合も「ご契約者名」は必ずご記入ください。

A欄	フリガナ	イリヨウ ハナコ				
	ご契約者名	医療 花子				
B欄	性別 (男・女)	生年月日	西暦	1980年	7月	8日

*ご契約者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。
みずほ	銀行	農協	漁協
232820	年	27	6000001627
番号	令和 2 年 3 月 1 日	申込日	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。	金融機関番号	店舗番号	預金種目
みずほ	丸の内中央支店	0001004	普通(総合)口座
指	種目コード	契約種別コード	記号(6桁目がある場合は※にご記入ください)
ゆうちょ銀行	16630	1	0
口座	払込先口座番号	00140-5-120363	払込先加入者名
	カナ預金者名	イリヨウ ハナコ	明治安田収納ビジネスサービス株式会社
	預金者名	医療 花子	金融機関お届け印 (サイン)
			医療

ゆうちょ銀行以外は「コチラ」にご記入ください。

ゆうちょ銀行は「コチラ」にご記入ください。

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

必ず金融機関にお届けの口座名義人名をご記入ください。

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。

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。