

「細胞検査士賠償責任保険」記入例

I. 加入依頼書

（申請中の方は番号が決まっていますからお送りください。）
 会員番号をご記入ください。

ご記入日	西暦 2025 年 1 月 5 日	※保険料は下記をご参照ください。
------	-------------------	------------------

CT(JSC)番号	C T 0 0 0 0 0		
フリガナ	サイボウ 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、細胞検査士賠償責任保険への加入を申し込みます。 細胞 太郎		
加入者住所(ご自宅)	〒 104-0033	ご自宅(携帯)	TEL(090 - 0000 - 0000)
メールアドレス	○○○○ @ △△△.□□□ ※携帯のアドレスを登録される場合は、saibo@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	自宅会員の方は自宅とご記入ください 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"/> 上記ご自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 上記メールアドレス		

★ どちらかに○を付けてください (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 <input checked="" type="radio"/> なし	会社名: 保険等の種類: 満期日: 支払限度額: ※左記のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入
	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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> いいえ	

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。

補償開始月に必ずを入れてください。

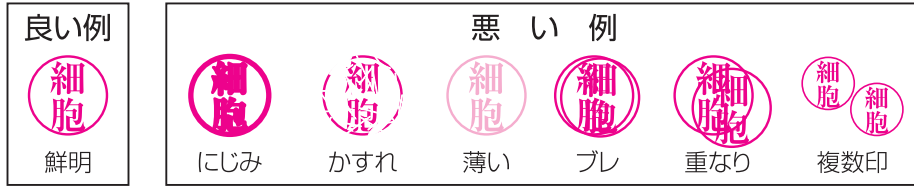
補償開始日	加入期間	保険料	加入書類締切日
<input checked="" type="checkbox"/> 2025年2月1日から加入	12ヶ月	3,800円	2025年1月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年3月1日から加入	11ヶ月	3,480円	2025年2月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年4月1日から加入	10ヶ月	3,180円	2025年3月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年5月1日から加入	9ヶ月	2,840円	2025年4月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年6月1日から加入	8ヶ月	2,540円	2025年5月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年7月1日から加入	7ヶ月	2,220円	2025年6月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年8月1日から加入	6ヶ月	1,920円	2025年7月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年9月1日から加入	5ヶ月	1,580円	2025年8月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年10月1日から加入	4ヶ月	1,260円	2025年9月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年11月1日から加入	3ヶ月	960円	2025年10月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年12月1日から加入	2ヶ月	640円	2025年11月25日必着
<input type="checkbox"/> 2026年1月1日から加入	1ヶ月	320円	2025年12月25日必着

* 2025年2月1日からご加入の場合には、午後4時の補償開始となります。
 * 2025年3月1日以降ご加入の場合には、午前0時の補償開始となります。
 * 補償終了日は、いずれの場合も2026年2月1日午後4時です。

裏面もご覧ください。➡

II. 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。



会員番号	C T 0 0 0 0 0	フリガナ	サイボウ タロウ	性別	(男) 女
加入者名	細胞 太郎	加入者フリガナ	トウキョウト チュウオウク シンカワ	生年月日	西暦 1995年 7月 7日
加入者住所	〒104-0033 東京都中央区新川2-22-6	加入者住所フリガナ	トウキョウト チュウオウク シンカワ	電話番号	090-0000-0000

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)

新規2 変更3

みずほ 銀行 農協 信用金庫 信用組合 労働金庫 御中

232820 年 月 日 276000001638

令和 7 年 1 月 5 日

収納代行会社 明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)

番号 CT00000

左つめてご記入ください。

指	銀行・労働金庫	金融機関番号	店舗番号	預金種目	口座番号(右つめてご記入ください)
定	みずほ 信用金庫・信用組合 農協・漁協	丸の内中央支店	0001100	普通(総合) 当座2	0123456
口	ゆうちょ銀行	種目コード 16630	契約種別コード 9900	記号(6桁目がある場合は※にご記入ください) 1	番号(右つめてご記入ください)
座	払込先口座番号 00140-5-120363	払込先加入者名 明治安田収納ビジネスサービス株式会社	払込金の種別 集金	30	
	カナ預金者名 サイボウ タロウ	預金者名 細胞 太郎	金融機関お届け印 (サイン) 細胞	振替日・払込日 27日 (当日が休業日の場合は翌営業日)	

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。

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。

金融機関使用事項

1 預金取引なし	3 印鑑相違
2 記載事項等相違	4 印鑑不鮮明
ア. 金融機関番号	5 誤当口座なし
イ. 店名	6 口座解約済
ウ. 店番	7 その他
エ. 預金種目	
オ. 口座番号	
カ. 口座名義	

不備返却事由

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！金融機関お届け印ははっきりとご捺印ください。

(例)通帳番号 4321(7桁以下)のとき前「0」を記入 00004321

ご確認ください

ネットバンク、印鑑レス口座等、印鑑による本人確認が取れない口座をご利用の場合は、メールやWEBページ等で金融機関から本人確認が行われます。認証方法等については各金融機関ごとに異なりますので、事前にご確認ください。