

「視能訓練士賠償責任保険」 記入例

5ケタの会員番号を必ずご記入ください。
(申請中の方は番号が決まってからお送りください。)

I. 加入依頼書

ご記入の日付

ご記入日	2018年8月1日	会員番号	1	2	3	4	5
------	-----------	------	---	---	---	---	---

※掛金は下記をご参照ください。

フリガナ	シノウ ヒトミ						
☆ 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、視能訓練士賠償責任保険への加入を申し込みます。 視能 瞳						
加入者(被保険者) 住所・電話	〒 000-1234		自宅・携帯		TEL(03 - 1111 - 2222)		
メールアドレス	○○○○○○○ @ △△△△△.□□□.×××						
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 - 2222 - 3333)		
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						

※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

★ 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	

★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、ご了承願います。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。

※加入書類締切日(25日)が土・日・祝日の場合は、翌営業日が加入書類締切日となります。

補償開始日	加入期間	掛金	加入書類締切日※
<input checked="" type="checkbox"/> 2018年9月1日から加入	12ヶ月	2,600円	2018年8月25日必着
<input type="checkbox"/> 2018年10月1日から加入	11ヶ月	2,400円	2018年9月25日必着
<input type="checkbox"/> 2018年11月1日から加入	10ヶ月	2,190円	2018年10月25日必着
<input type="checkbox"/> 2018年12月1日から加入	9ヶ月	1,980円	2018年11月25日必着
<input type="checkbox"/> 2019年1月1日から加入	8ヶ月	1,760円	2018年12月25日必着
<input type="checkbox"/> 2019年2月1日から加入	7ヶ月	1,560円	2019年1月25日必着
<input type="checkbox"/> 2019年3月1日から加入	6ヶ月	1,360円	2019年2月25日必着
<input type="checkbox"/> 2019年4月1日から加入	5ヶ月	1,150円	2019年3月25日必着
<input type="checkbox"/> 2019年5月1日から加入	4ヶ月	940円	2019年4月25日必着
<input type="checkbox"/> 2019年6月1日から加入	3ヶ月	740円	2019年5月25日必着
<input type="checkbox"/> 2019年7月1日から加入	2ヶ月	520円	2019年6月25日必着
<input type="checkbox"/> 2019年8月1日から加入	1ヶ月	320円	2019年7月25日必着

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	1	2	3	4	5						
フリガナ	シノウ ヒトミ					性別	(男) (女)				
加入者名	視能 瞳					生年月日	西暦1990年10月1日				
フリガナ	トウキョウトチヨダクマルノウチ1-2-1										
加入者住所	〒000-1234					電話番号	03-1111-2222				
	東京都千代田区丸の内1-2-1										

金融機関提出用

新規2 変更3

銀行 農協
信用金庫 漁協
信用組合
労働金庫

御中

年 月 日
2 3 2 8 2 0

年 月 日
2 7 6 0 0 0 0 0 1 6 1 6

番号 1 2 3 4 5

申請日 平成 30 年 8 月 1 日

収納代行会社 明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)

加入者及び預金者は、預金口座振替の方法により収納代行会社、明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)を通じて行うこととしたいので、上記の預金口座振替規定を承認のうえ依頼します。

金融機関使用事項 (不備返却事由)

1 預金取引なし	3 印鑑相違
2 記載事項等相違 ア、店名 イ、預金種目 ウ、口座番号 エ、口座名義	4 その他事由

(お願い) この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、(返送当項目に○印を付けて)明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS) 至急ご返送ください。
(〒136-8385 東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階 TEL03-3615-3121)

検印

印鑑照合

受付印
取扱店日附印

金融機関番号 0001 店舗番号 004 預金種目 普通(総合) 口座番号(右つめてご記入ください) 0123456

指 定 銀行 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) 0

口座 払込先口座番号 00140-5-120363 払込先加入者名 明治安田システム・テクノロジー株式会社 払込金の種別 集金 30

カナ (預・貯金者名) シノウ ヒトミ

口座名義人 (預・貯金者名) 視能 瞳

金融機関 お届け印

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。

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。

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 4321 (7桁以下) のとき 前“0”を記入
00004321

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。

会員番号をご記入ください。

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。

金融機関お届け印
(訂正印もお届け印を
ご捺印ください。)