2023年度

公益社団法人日本視能訓練士協会　御中

視能訓練士賠償責任保険加入依頼書

― 任意加入部分 ―

ご加入時の確認事項

・私は、保険契約者である公益社団法人 日本視能訓練士協会の正会員であること。
・私は、パンフレットに記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容を確認の上、同意していること。

ご記入日	年　　月　　日	会員番号	□□□□□

※掛金は下記をご参照ください。

フリガナ	
☆ 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。
加入者(被保険者) 住所・電話	〒 □□□-□□□□　　自宅・携帯　TEL(　　－　　－　　)
メールアドレス	@ ※携帯のアドレスを登録される場合は、shino@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	TEL(　　－　　－　　)
日中の連絡先	いずれかに☑を入れてください　□上記所属施設　□上記自宅・携帯　□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くことがございます。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ことがございます。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※
□ 2023年9月1日から加入	12ヶ月	2,600円	2023年8月25日必着
□ 2023年10月1日から加入	11ヶ月	2,390円	2023年9月25日必着
□ 2023年11月1日から加入	10ヶ月	2,190円	2023年10月25日必着
□ 2023年12月1日から加入	9ヶ月	1,970円	2023年11月25日必着
□ 2024年1月1日から加入	8ヶ月	1,760円	2023年12月25日必着
□ 2024年2月1日から加入	7ヶ月	1,560円	2024年1月25日必着
□ 2024年3月1日から加入	6ヶ月	1,360円	2024年2月25日必着
□ 2024年4月1日から加入	5ヶ月	1,140円	2024年3月25日必着
□ 2024年5月1日から加入	4ヶ月	940円	2024年4月25日必着
□ 2024年6月1日から加入	3ヶ月	730円	2024年5月25日必着
□ 2024年7月1日から加入	2ヶ月	520円	2024年6月25日必着
□ 2024年8月1日から加入	1ヶ月	320円	2024年7月25日必着

＊上記掛金には、口座振替手数料100円が含まれています。
＊2023年9月1日からご加入の場合には、午後4時の補償開始、補償終了日は2024年9月1日午後4時です。
＊2023年10月1日以降ご加入の場合には、午前0時の補償開始、補償終了日は2024年9月1日午後4時です。
＊加入依頼書の控えがご必要な場合は、お手数ですがコピーをとって保管してください。

23T-000073
(2023年4月作成)