

2024年度

「視能訓練士賠償責任保険」記入例

I. 加入依頼書

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。)

ご記入日	2024 年 8 月 1 日	会員番号	12345
------	----------------	------	-------

※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) 東京都千代田区丸の内1-2-1
メールアドレス	〇〇〇〇〇〇 @ △△△△△.□□□.××× ※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	〇〇〇病院 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 ☒ 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 ☒	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 ☒	
	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 ☒	

★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※
☒ 2024 年 9 月 1 日から加入	12ヶ月	2,600円	2024 年 8 月 25 日必着
☐ 2024 年10月 1 日から加入	11ヶ月	2,390円	2024 年 9 月 25 日必着
☐ 2024 年11月 1 日から加入	10ヶ月	2,190円	2024 年10月 25 日必着
☐ 2024 年12月 1 日から加入	9ヶ月	1,970円	2024 年11月 25 日必着
☐ 2025 年 1 月 1 日から加入	8ヶ月	1,760円	2024 年12月 25 日必着
☐ 2025 年 2 月 1 日から加入	7ヶ月	1,560円	2025 年 1 月 25 日必着
☐ 2025 年 3 月 1 日から加入	6ヶ月	1,360円	2025 年 2 月 25 日必着
☐ 2025 年 4 月 1 日から加入	5ヶ月	1,140円	2025 年 3 月 25 日必着
☐ 2025 年 5 月 1 日から加入	4ヶ月	940円	2025 年 4 月 25 日必着
☐ 2025 年 6 月 1 日から加入	3ヶ月	730円	2025 年 5 月 25 日必着
☐ 2025 年 7 月 1 日から加入	2ヶ月	520円	2025 年 6 月 25 日必着
☐ 2025 年 8 月 1 日から加入	1ヶ月	320円	2025 年 7 月 25 日必着

補償開始日に☒を入れてください。

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。

良い例	悪い例					
						
鮮明	にじみ	かすれ	薄い	ブレ	重なり	複数印

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1995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						

※ネットバンク、印鑑レス口座をご登録される場合は、各金融機関の口座振替登録手続きを必ずご確認ください。
(メール、Web等での認証方法が異なります。)

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)

新規2 変更3

銀行 農協 信用金庫 信用組合 労働金庫 御中

番号 1 2 3 4 5

左づめでご記入ください。

指定 ゆうちょ銀行

口座 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 シノウ ヒトミ

預金者名 視能 瞳

金融機関お届け印 (サイン) 視能

振替日・払込日 27日 (当日が休業日の場合は翌営業日)

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

不備返却事由

1 預金取引なし 2 記載事項等相違 3 印鑑相違 4 印鑑不鮮明 5 該当口座なし 6 口座解約済 7 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後、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印を付けて明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)へ至速に返送ください。
(〒135-8385 東京都江東区東横2-2-20 東横駅前ビル10階 TEL 03-3615-3125)

検印

印鑑照合

受付印 取扱店日附印

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。

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。