

入会申込書 兼

Willnext「医療専門職向け賠償責任保険」加入依頼書

個人申込用

ご加入時の確認事項

共済会員 No.

- ・私は、保険契約者である一般社団法人日本看護学校協議会共済会の会員であること。
・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」の内容に同意していること。

※太枠に必要事項をご記入ください

記入日	西暦	年	月	日	生年月日	西暦	年	月	日
フリガナ									
☆加入者(被保険者)氏名	署名(自署)								
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、willnext@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 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください			<input type="checkbox"/> 上記所属施設	<input type="checkbox"/> 上記自宅・携帯	<input type="checkbox"/> 上記メールアドレス
--------	--	--	--	---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

加入者の専門職名	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士
	※上記以外の専門職の方は、お引き受け対象となりません。		

★ 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。 (※)他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。	はい いいえ	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	※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、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しない場合は、ご加入を解除することがあります。【医療専門職賠償責任保険の場合】ご加入後に加入依頼書に☆が付された事項(告知事項)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あります。また変更の内容によってご契約を解除することがあります。【受託者賠償責任保険の場合】ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項(告知事項)に内容が生じた場合は、遅滞なくご加入の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、ご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。

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。

※医療専門職向け賠償責任保険については、補償期間中の途中脱退はできませんので、予めご了承ください。

※本書の到着が加入書類締切日を過ぎた場合には、翌月のご加入となります。

補償開始日	加入期間	掛金	加入書類締切日
<input type="checkbox"/> 2023年 3月31日から加入	12ヶ月	3,440円	2023年 3月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年 5月 1日から加入	11ヶ月	3,240円	2023年 4月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年 6月 1日から加入	10ヶ月	3,030円	2023年 5月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年 7月 1日から加入	9ヶ月	2,820円	2023年 6月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年 8月 1日から加入	8ヶ月	2,590円	2023年 7月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年 9月 1日から加入	7ヶ月	2,390円	2023年 8月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年10月 1日から加入	6ヶ月	2,180円	2023年 9月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年11月 1日から加入	5ヶ月	1,970円	2023年10月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年12月 1日から加入	4ヶ月	1,760円	2023年11月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年 1月 1日から加入	3ヶ月	1,560円	2023年12月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年 2月 1日から加入	2ヶ月	1,340円	2024年 1月25日必着
<input type="checkbox"/> 2024年 3月 1日から加入	1ヶ月	1,140円	2024年 2月25日必着

*補償終了日は、いずれの場合も2024年3月31日午後4時です。

*上記掛金には、一般社団法人日本看護学校協議会共済会の年会費100円と共済制度運営費810円が含まれます。