

## Willnext「看護職向け賠償責任保険」記入例

## 加入依頼書

記入日	西暦 2023 年 3 月 1 日	生年月日	西暦 1995 年 10 月 1 日
フリガナ	カンゴ ハナコ		
☆ 加入者(被保険者) 氏名	署名 (自署) 看護 花子		
加入者(被保険者) 住所・電話	〒 104-0033 東京都中央区新川 2-22-2 自宅・携帯TEL(04-0000-1111)		
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	○○○病院 TEL(03-0000-2222)		
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		
ご加入プラン	<input checked="" type="checkbox"/> Aプラン <input type="checkbox"/> Bプラン (ご加入されるプランにチェックを入れてください) ※加入プランにチェックがない場合は、Aプランでお手続きさせていただきます。		
★ 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。	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	

ご加入プランにがない場合は、Aプランで登録させていただきます。

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。  
\* 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。

補償開始日	加入期間	掛金		加入書類締切日
		Aプラン	Bプラン	
<input checked="" type="checkbox"/> 2023年3月31日から加入	12ヶ月	2,980円	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	2,820円	3,230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	2,650円	3,040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	2,470円	2,810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	2,290円	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	2,130円	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	1,970円	2,190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	1,760円	1,960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	1,600円	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	1,430円	1,550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	1,270円	1,350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	1,090円	1,140円	2024年2月25日必着

補償開始日に必ずを入れてください。

\* 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。

裏面もご覧ください。➡

# 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。



個人口座・法人口座のどちらをご登録の場合も「加入者氏名」は必ずご記入ください。

フリガナ	カンゴ ハナコ	性別	(男 女)
加入者氏名	看護 花子	生年月日	西暦 1995年 10月 1日

### ■個人口座をご登録の場合

フリガナ	トウキョウトチュウオウクシカワ 2-22-2
加入者住所	〒104 - 0033 東京都中央区新川 2-22-2
電話番号	○△□ - 0000 - 1111

### ■法人口座をご登録の場合

フリガナ	
法人名+施設長名	

\* 法人名、施設長名は社版でも結構です。

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)		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。
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 2760000001627	金融機関使用事項
番号	申込日 令和 5年 3月 1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)	不備返却事由
指定	銀行 労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協	本店 丸の内中央支店 出張所 0001004	1 預金取引なし 2 印鑑不備 3 記載事項等相違 4 印鑑不鮮明 5 該当口座なし 6 口座解約済 7 その他
口座	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 0	番号(右つめてご記入ください) 普通(総合) 2 0123456
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
口座	カナ預金者名 カンゴ ハナコ	預金者名 看護 花子	金融機関お届け印 (サイン) 看護
口座	振替日 27日 (借良が休業日等)	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。	金融機関お届け印 (捺印)

ゆうちょ銀行以外はコチフにご記入ください。

ゆうちょ銀行はコチフにご記入ください。

金融機関お届け印 (訂正印もお届け印をご捺印ください)

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。

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。

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) 番号が 4321(7桁以下)のとき 前“0”を記入 00004321