

聖医会会員医師総合補償制度「加入依頼書」

私は、聖医会会員・医師総合補償制度に加入したく、下記記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ依頼いたします。なお保険料はみずほファクター（株）により、聖医会口座からの引落しになることを承諾いたします。申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン日本興亜のホームページ（<http://www.sjnk.co.jp>）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日	平成	年	月	日	
フリガナ					性別
被保険者本人署名					男・女
生年月日	大・昭・平	年	月	日	
フリガナ					
〒（ - ）					
住所					TEL（ - - ）
勤務先名				所属	
勤務先住所	〒（ - ）				TEL（ - - ）

加入希望日：平成 年 月 日（※ 加入希望日までに下記振込先までご入金下さい。）

【振込先】みずほ銀行 向ヶ丘支店 普通口座 2370990 聖医会保険口

※ ご加入を希望する保険の種類（①～③）、加入タイプをすべてご選択下さい。

① 勤務医師賠償責任保険（パンフレットP. 1～2をご覧ください。）

⇒ 加入タイプ

I型(40,660円)

II型(51,570円)

② 所得補償保険（パンフレットP. 3～4をご覧ください。）

⇒ 加入タイプ

A
イ

B
ロ

C
ハ

D
ニ

E
ホ

F
ヘ

※ 所得補償保険にご加入される方は、健康告知書のご記入・署名・捺印も必要となります。

③ 産業医・学校医 嘱託医活動賠償責任保険（パンフレットP. 5～6をご覧ください。）

【 個人情報の取扱いについて 】

○ 保険契約者（団体）は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパン日本興亜に提供します。

損保ジャパン日本興亜は、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、業務委託先、再保険会社、等に提供を行います。なお、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）については、保険業法施行規則により限定された目的以外の利用はしません。

詳細につきましては、損保ジャパン日本興亜のホームページ（<http://www.sjnk.co.jp>）に掲載の個人情報保護宣言をご覧ください。取扱代理店または損保ジャパン日本興亜営業店までお問い合わせ願います。

○ 保険契約者（団体）は、本契約に関する個人情報を聖医会のデータ整備にも活用させていただきます。不同意の場合はお手数ですが、その旨ご連絡いただきますようお願い申し上げます。

申込人（加入者）および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意の上ご加入ください。

● 取扱代理店

聖友インシュアランスアンドリース株式会社

〒216-0015 川崎市宮前区菅生2-21-5 TEL：044-975-4871 FAX：044-975-4873 内)4254

● 引受保険会社

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 横浜支店営業一課

〒231-0007 横浜市中区弁天通5-70 TEL：045-661-2713