

柔道整復師・鍼灸マッサージ師賠償責任保険 加入依頼書

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合 御中

保険期間 2023 年 8 月 1 日から 日 月 日まで

重要事項等の内容を確認・同意のうえ、加入依頼書の記載内容にしたがい契約加入を依頼します。
 ※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ウェブサイト
 (https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意し加入を依頼します。

加入者番号

1 申込日および申込人(加入者)についてご記入ください。

申込日	年 月 日	電話番号	FAX
申込人(加入者)	〒	フリガナ	
	フリガナ		
	フリガナ	様	組合員番号

2 ご希望の加入タイプを選択してください。

柔道整復師業務を行う方		希望のタイプに○印をつけてください。				希望のタイプを記入してください。	
基本プラン①	柔道整復師賠償 年間保険料	A 8,380円	B 5,810円	C 4,620円	D 3,960円	柔道整復師賠償	タイプ
鍼灸師(はり師、きゅう師、あん摩・マッサージ・指圧師)業務のみを行う方		希望のタイプに○印をつけてください。				希望のタイプを記入してください。	
基本プラン②	鍼灸師賠償 年間保険料	P 7,620円	Q 5,280円	R 4,200円	S 3,600円	鍼灸師賠償	タイプ
柔道整復師業務、鍼灸師(はり師、きゅう師、あん摩・マッサージ・指圧師)業務を行う方		希望のタイプに○印をつけてください。				希望のタイプを記入してください。	
基本プラン③	柔道整復師・鍼灸師賠償 年間保険料	※基本プラン③は、基本プラン①と②の合計となります。				柔道整復師賠償	鍼灸師賠償 タイプ
オプション プラン	施術所危険 年間保険料	イ 1,300円	ロ 1,020円	ハ 720円	ニ 480円	施術所危険	タイプ

3 他の同種の保険契約の有無にお答えください。

他の同種の保険契約にご加入されていますか?	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 「有」の場合は右記にご記入ください。	保険会社名 保険金額 (補償内容)	満期日 年 月 日
-----------------------	---	-------------------------	-----------

4 中途加入の保険料はお問い合わせください。

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合使用欄			保険料の振込先	
日付 年 月 日			振込先: ゆうちょ銀行	
(区分) 該当項目に○の記入と内容を記入してください。			口座番号: 19000-41188801	
A 新規	B 住所変更	C 名称変更	口座名: 北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合	
D 名義変更	氏名 (会員番号) から変更			
E その他、コメント	スタッフ情報		先生の(子会員・賠償会員) ※子会員の場合は子会員番号()	
保険会社記入欄	担当店名・コード	代理店名・親コード	送付書番号	