一般社団法人
日本美容医療リスクマネジメント協会
Japan Aesthetic Medicine Risk Management Association
http://biyouiryou.jp

美容医療・医師賠償補償制度

ご加入の手引き

開設者コース・法人

2024.07作成

美容医療・医師賠償補償制度
ご加入の手引き

開設者コース・法人

- 目　次 -

1.　ご加入にあたって　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　P3

2.　補償開始までの流れについて・掛金について　・・・・　P4

3.　ご加入のお手続きについて　・・・・・・・・・・・・・・　P5

4.　ご提出書類：口座振替依頼書　・・・・・・・・・・・・・　P6

5.　ご提出書類：口座振替依頼書（記入例）　・・・・・・・・　P7

6.　返信用封筒ラベル　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　P9

7.　「書類」お申込みの場合　・・・・・・・・・・・・・・・　P10

（１）ご提出書類：加入依頼書（記入例）
（２）ご提出書類：対象医師一覧（記入例）

ご不明な点がございましたら協会事務局までお問合せくださいますようお願いいたします。

協会事務局メールアドレス：jamla@biyoukyousai.jp

皆様のお申込みをお待ちしています。よろしくお願いいたします。

ご加入にあたって

「美容医療・医師賠償補償制度」へのご加入をご検討されている皆様へ

このたびは、「美容医療・医師賠償補償制度」への加入をご検討いただきまして誠にありがとうございます。ご加入をご希望の皆様には、「パンフレット」をご一読の上、この手引きに沿ってご加入のお手続きをお願い申し上げます。

- この手引きは「美容医療・医師賠償補償制度」へのご加入を検討されている方にお手続きの流れや掛金のお支払等についてご注意事項をご確認いただくために作成したものです。

「開設者コース」新規申込みについてのご注意事項

■補償開始日について

毎年 12 月 1 日を保険開始日とさせていただいておりますが、中途加入も可能です。

中途加入の場合は、毎月 15 日までにオンライン手続きが完了いたしますと、次月の 1 日より補償開始となります。（15 日が平日でない場合は翌営業日が締め切りとなります。）

■加入の条件について

「美容医療・医師賠償補償制度」のご加入には当協会の正会員になっていただく必要がございます。

お申込みの際には、施設（病院・クリニック）の**「開設者」**または**「美容医療の施術責任者」**が当協会指定の団体（いずれか１つ以上）の正会員医師であることが条件となります。

※５団体に所属していない場合は、日本美容医療リスクマネジメント協会の既存会員２名の推薦状が必要です。

「日本皮膚科学会」　「日本美容皮膚科学会」　「日本美容医療協会」
「日本形成外科学会」　「日本美容外科学会(JSAPS)」

ご確認のお願い

- 補償の対象について

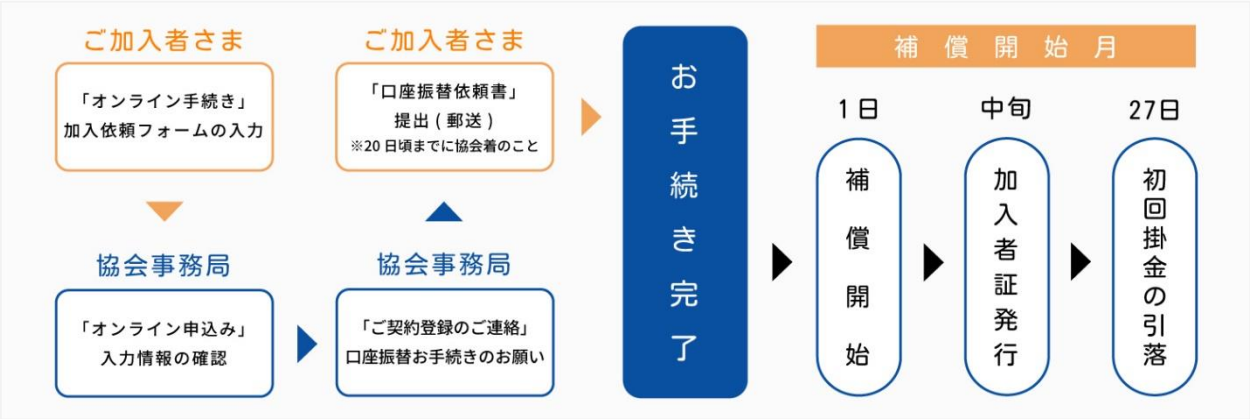
「開設者コース（法人）」とは、医療過誤等による病院・クリニックの賠償責任を補償するためのコース契約となります。

法人および施術を行った医師個人の双方が訴えられた場合、病院・クリニックの補償は受けられますが、医師個人の補償は ＜対象外＞ となりますので 「施術医コース」 に同時加入されることをお勧めいたします。

補償開始までの流れについて

■補償開始までのスケジュール

・新規加入の場合：（申込締切日）　11 月 10 日　　(補償開始日）12 月 1 日
・中途加入の場合：（申込締切日）　毎 月 15 日　　(補償開始日）翌 月 1 日



掛金について

■掛金のご精算について

初回の掛金は、補償開始月の 27 日前後の口座振替による引落となります。
（※27 日が休日・祝日の場合は、翌営業日となります。）

当協会の入会と同時に本補償制度に加入される場合の初回引落額の内訳は、
「入会金」10,000 円 +「年会費(月払)」+「月払保険料」です。

入会金は当協会への新規加入時のみお支払いいただきます。
補償開始日の翌月以降は「年会費(月払)」+「月払保険料」を引落いたします。

「月払保険料」は、「美容医療に従事する医師数」と「プラン」により変わります。
Web にて試算をお願いいたします。

Web 試算はこちら

https://biyouiryou.jp/premiumSim.html

ご加入のお手続きについて

■オンラインお申込みについて

オンラインによるお申込みは、加入申込書類のご提出が＜不要＞です。
スピード審査が可能なため、ご契約の可否もお申込みから近日でご連絡いたします。

● 医師数の人数について

保険始期日の病院・クリニックにおいて美容医療に従事する施設長、常勤医、非常勤医、アルバイト医のすべてを含む全員の人数をご申告ください。

※分院がある場合はご注意ください。分院の病院・クリニックごとに美容医療に従事する医師の人数を医師数としてご登録いただきます。
(例）本院と分院で勤務するＡ医師は、両施設で医師数としてカウントします。

■口座振替のお手続きについて

「口座振替依頼書」のご提出が必要です。
「口座振替依頼書」をダウンロードしていただき、ご記入・お届印の押印をして、当協会までご郵送をお願いいたします。
※最終ページの「返信用封筒ラベル」（切手不要）を封筒に貼って投函ください。

口座振替依頼書のダウンロードはこちら
https://biyouiryou.jp/assets/zip/form_bank.zip

『書類』お申込みをご希望の場合

オンラインのお申込みを希望しない場合は、『書類』ダウンロードをお願いします。
「加入依頼書・対象医師一覧」にご記入のうえ メール・FAX・郵送 のいずれかでご提出ください。

加入書類の取得はこちら
https://biyouiryou.jp/assets/zip/set_houjin.zip

※「口座振替依頼書」ご提出（郵送）のお願い
『書類』ご提出をご選択の場合も「口座振替依頼書」はお届印の確認が必要のため、「口座振替依頼書」はご郵送をお願いいたします。

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書（収 加）
（ 兼 預金口座振替申込書）

収納企業名	日本システム収納株式会社（ＮＳＳ）
振替日(払込日)	２７日(金融機関休業日の場合は翌営業日)

1

記入日	年　　月　　日

2

フリガナ	法人の場合は肩書・代表者名のフリガナは不要です

3

口座名義人	法人の場合は必ず肩書・代表者名も記入ください（ゆうちょ銀行を除く）

ゆうちょ銀行・金融機関へのお届けのとおりに記入ください

印影が不鮮明の場合は金融機関で受け付けられません

4

金融機関へのお届出印（届出サイン）	

◇必ず**金融機関へのお届出印を押印または届出サインを記入ください**
欠け・かすれ・二重にならないようご留意ください
◇**印鑑レス口座の場合**（ゆうちょ銀行を除く）
・印鑑・サインの必要有無は金融機関により異なりますので、各金融機関に確認ください
・預金口座振替依頼書をご提出後、**金融機関より口座名義人様に口座振替に関する承認依頼がメールなどで送られる場合がありますので承認手続きください**

5

いずれか一方に記入ください

ゆうちょ銀行以外の金融機関の場合

金融機関名	銀行　信託銀行　信用金庫　信用組合　農協　その他	支店名	支店
預金種目	普通(総合)　当座	口座番号	

ゆうちょ銀行の場合

右づめで記入ください

※欄は、通帳の記号の後にハイフンと数字がある場合のみご記入ください

契約種別コード	30				
通帳記号		※	通帳番号		
払込先口座番号	00970-6-15938	払込先加入者名	日本システム収納株式会社		

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込み規定が適用されます。
私は、日本システム収納株式会社から請求された金額を私名義の上記預金口座から預金口座振替（自動払込）によって支払うこととしたいので預金口座振替規定を確約（ゆうちょ銀行は除く）のうえ依頼します。

－預金口座振替規定－（ゆうちょ銀行は除く）

1. 金融機関に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規程または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。）をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
3. この契約を解約するときは、私から金融機関に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、金融機関はこの契約が終了したものとして取り扱ってさしつかえありません。
4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、金融機関の責による場合を除き、金融機関には迷惑をかけません。

金融機関使用欄	（不備返却事由） 1. 預金取引なし　2. 印鑑相違 3. 記載事項等相違（店名、預金種目、口座番号、口座名義）　4. 口座名義人手続確認未済 5. その他（　　） （備考）	検印 印鑑照合 受付印

預金口座振替依頼書に不備があった場合、新しい依頼書を再手配ください。
不備の依頼書は返却せず、日本システム収納株式会社にて、適切に保管、廃棄します。

この依頼書（申込書）にご記入いただいた個人情報は、団体及び団体から委託を受けた日本システム収納株式会社が預金口座振替（自動払込）業務およびこれに付随・関連する業務に限り使用します。

【団体使用欄】　加入者名、加入者コード、所属コードは必要に応じて記入願います。

加入者名			
加入者コード		所属コード	
団体名	一社）日本美容医療リスクマネジメント協会	団体コード	0937328

改訂日：　2024.12.07

＜不備返送先(金融機関用)＞
〒564－8523
吹田市江坂町1丁目23番101号
日本システム収納株式会社
電話（06）6386-5702

法人用　預金口座振替依頼書　ご記入例

不備があった場合は新しい用紙で再提出が必要です。

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書（収　加）
（兼　預金口座振替申込書）

収納企業名	日本システム収納株式会社（ＮＳＳ）
振替日(払込日)	２２日(金融機関休業日の場合は翌営業日)

1 記入日：20XX 年 XX 月 XX 日

2 フリガナ：法人の場合は肩書・代表者名のフリガナは不要です
カ）　ニホン

3 口座名義人：法人の場合は必ず肩書・代表者名も記入ください（ゆうちょ銀行を除く）
株式会社　日本
代表取締役　日本　太郎

ゆうちょ銀行・金融機関へのお届けのとおりに記入ください

4 金融機関へのお届出印（届出サイン）：印影が不鮮明の場合は金融機関で受け付けられません

◇必ず金融機関へのお届出印を押印または届出サインを記入ください
欠け・かすれ・二重にならないようご留意ください
◇印鑑レス口座の場合（ゆうちょ銀行を除く）
・印鑑・サインの必要有無は金融機関により異なりますので、各金融機関に確認ください
・預金口座振替依頼書をご提出後、金融機関より口座名義人様に口座振替に関する承認依頼がメールなどで送られる場合がありますので承認手続きください

お届出印の相違、不鮮明が多発しております。相違、不鮮明の場合は金融機関で受け付けられませんので、お届出印を鮮明に押印ください。

5 いずれか一方に記入ください

いずれかに記入ください

ゆうちょ銀行以外の金融機関の場合

金融機関名	みずほ　（銀行）　信託銀行　信用金庫　信用組合　農協　その他	支店名	大手町　支店
預金種目	（普通(総合)）　当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7

ゆうちょ銀行の場合

右づめで記入ください

契約種別コード	30		
通帳記号		※ 通帳番号	

※欄は、通帳の記号の後にハイフンと数字がある場合のみご記入ください

留意点１．『金融機関へのお届けどおりに』『もれなく』ご記入ください。

- ボールペン等ではっきりとご記入ください。（鉛筆・消せるボールペンは不可）
- 訂正する場合は二重線を引き、訂正印（金融機関お届出印）を押印ください。（修正液・修正テープは使用不可）

※金融機関によっては、訂正印不可で新しい用紙に記入が必要な場合もありますので、金融機関にご確認ください。

留意点２．以下は不備が多い項目です。提出前にご確認ください。

<チェック>

☐ 預金種目、口座番号を記入していますか。

☐ 口座名義人は金融機関のお届けどおりに記入していますか。
- 肩書き、代表者名も記入が必要です。
- フリガナも記入してください。

☐ 印鑑は金融機関へのお届出印を押印していますか。印影は不鮮明ではありませんか。

☐ 印鑑レス口座の場合、以下にご注意ください。
- お届出印欄の取扱は金融機関にご確認ください。（押印不要・サイン・認印などがあります）
- 預金口座振替依頼書をご提出後、金融機関より口座振替に関する承認依頼がメールなどで送られる場合があります。その場合は必ず期限までに承認手続きを行ってください。

取扱金融機関一覧

全国の都市銀行・地方銀行・第二地方銀行・信託銀行・信用金庫・信用組合・労働金庫・農協・ゆうちょ銀行など、約１，１００の金融機関をご利用いただけます。
（なお、金融機関の新設や統廃合等により、ネットワークの変更があります。）

NSS 金融機関ネットワーク　≪2024 年 12 月現在≫

都市銀行 全行	地方銀行 第二地方銀行	信用金庫 全金庫	労働金庫 全金庫	ゆうちょ銀行
SBI新生銀行 商工中金	三井住友信託銀行 みずほ信託銀行 三菱UFJ信託銀行 SMBC信託銀行	PayPay銀行 住信SBIネット銀行 セブン銀行・楽天銀行 ソニー銀行・イオン銀行 GMOあおぞらネット銀行 ａｕじぶん銀行	信用組合 124組合	農協 539組合

⚠ ご注意ください

以下の金融機関は、８日振替をご利用いただけません。

【信託銀行】

みずほ信託	SMBC信託

以下の金融機関は、（振替日に関わらず）ご利用いただけません。

【外国銀行】

全行

【その他金融機関】※主だった金融機関を掲載しております。

SBJ銀行	オリックス銀行
大和ネクスト銀行	シティバンク、エヌ・エイ

【漁業協同組合】

全漁業協同組合

※『**信用組合**』『**農協**』の一部と『**その他金融機関**』ではご利用いただけません。

お取扱可能な金融機関の詳細は、当社ホームページの『**金融機関検索**』によりご確認ください。

日本システム収納　検索 ▶ 日本システム収納のホームページ ▶ **取扱金融機関**　金融機関検索

下記の太線部分を切り取り、宛名ラベルとしてお手元の封筒に貼り付けてお使いください。

※縮小印刷して封筒を作成いたしますと、郵便物の最小寸法の関係でお取り扱い時に問題となることがあります。ご注意ください。
※書類をお送りいただく場合に限定してご利用ください。また第三者への譲渡を禁止します。

料金受取人払郵便

麹町局承認

7095

差出有効期間
2027年3月
31日まで

1 0 2 - 8 7 9 0

1 1 9

東京都千代田区麹町一丁目六番六号
プルミエ麹町ビル7階

一般社団法人日本美容医療リスクマネジメント協会　御中

■加入依頼書　記入例

開設者コース（法人用）　Ver. 20241201

開設者（病院・クリニック）コース用（法人）

日本美容医療リスクマネジメント協会 御中

日本美容医療リスクマネジメント協会美容医療・医師賠償補償制度　加入依頼書

社内使用欄	
会員番	ご記入は不要です
補償開始日	年　月 1 日

★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。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合やこれらに事実をお答えいただか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ので、ご注意ください。
また、☆が付された事項に内[illegible]取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡が[illegible]できないことがありますので、ご注意ください。

書類の記入日をご記入ください

ご記入日　西暦　0000 年 00 月 00 日

※開設者コースは施設毎の加入が必要です。
1施設毎に1枚の加入依頼書をご提出ください。

ご加入に際して

私は、保険契約者である団体の構成員（正会員）であることを確認し、パンフレット記載事項を了承し、この保険契約への加入を依頼します。また、私は裏面に記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について確認のうえ、同意いたします。

加入申込者	加入申込者名	フリガナ イ）ビヨウカイ　リジチョウ　ニホン　タロウ ※法人名・肩書・代表者名 医療法人　美容会　理事会　日本　太郎	印 「ご加入に際して」確認印兼用
	加入申込者住所	フリガナ 〒 102-0083 東京都千代田区麹町0-0-0	生年月日 （西暦） 0000 年　00 月　00 日
被保険者（補償対象者）	☆施設名 ☆開設者（被保険者）名	フリガナ ビヨウクリニック 施設名 美容クリニック	フリガナ ニホン　タロウ 施設の開設者名 日本　太郎 医籍番号 000000
	☆施設所在地	☑ 加入申込者住所と同じ 〒 [illegible]なる場合 右欄に記入	フリガナ
		日本　次郎	TEL　03-0000-0000
	メールアドレス	jamla@biyoukyosai.jp	FAX　03-0000-0000

加入者住所と同じ場合は
チェックを入れてください

大切なお知らせをお送りすることがございますので
受信できるメールアドレスをご記入ください

現在の所属団体をチェックしてください。

※該当の施設の開設者または美容医療部門の責任者が所属している団体をチェックしてください。
※この5団体に所属していない場合は、日本美容医療リスクマネジメント協会賛助会員2名の推薦状が必要です。

☐日本美容医療協会　☐日本皮膚科学会　☐日本美容皮膚科学会　☐日本形成外科学会　☐日本美容外科学会（JSAPS）

該当する所属団体にチェックをいれてください

[illegible]おける見込み人数をご申告ください。
[illegible]簿を確認させていただく場合がございます。

美容医療に従事する医師数　2 人

①ご希望のプランに○をつけ、人数と合計保険料（月額）をご記入ください。

記入欄	プラン名	支払限度額（1事故／保険期間中）	免責金額（自己負担額）	開設者リスク保険料（*1）美容医療に従事する医師数	合計保険料（月額）
○	①	100万円／300万円	10万円	2,500円 ＋　名(*1) × 1,000円 ＝	
○	②	200万円／600万円	10万円	3,600円 ＋　名(*1) × 1,500円 ＝	
○	③	500万円／1,500万円	10万円	6,000円 ＋　名(*1) × 2,300円 ＝	
○	④	1,000万円／3,000万円	10万円	8,400円 ＋　名(*1) × 3,200円 ＝	
○	⑤	2,000万円／6,000万円	10万円	11,100円 ＋　名(*1) × 4,300円 ＝	

②下記の告知事項にご回答ください。どちらかに○をお付けください

告知事項欄			
★ 1.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（過去に東京海上日動火災保険（株）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
★ 2.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（過去に東京海上日動火災保険（株）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	

・内容をお読みいただき「はい」もしくは「いいえ」に○をご記入ください
・「はい」の場合は具体的な内容をご記入ください

★他の保険契約等*2	あり　なし				
被保険者氏名	保険会社・共済	保険種類	満期日（補償の完了する日）	保険金額・支払限度額（ご契約金額）	
				万円	

*2 他の保険契約等（この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。）がある場合には「あり」に○をし、該当項目欄に詳細をご記入ください。

・「あり」もしくは「なし」に○をご記入ください
・「あり」の場合は、上記の該当項目欄に詳細をご記入ください

[illegible]料」＋「会費」

●会費は月払い2,500円×美容医療に従事する医師数で、「苦情相談サービス」などを提供する費用に充てられます。
●当協会の入会と同時に本補償制度に加入される場合には「入会金」10,000円が必要です。

2024年9月　24TC-002693

■対象医師一覧　記入例

開設者コース（法人用）　Ver. 20241201

書類の記入日をご記入ください

申込日：　0000 年　00 月　00 日

一般社団法人　日本美容医療リスクマネジメント協会　宛

会員番号：　ご記入は不要です

対 象 医 師 一 覧

フリガナ	ビヨウクリニック
施設名	美容クリニック
フリガナ	ニホン　タロウ
施設の開設者名	日本　太郎
フリガナ	ニホン　ジロウ
事務担当者名	日本　次郎

加入依頼書の **施設名** と同じ情報をご記入ください

加入依頼書の **施設の開設者名** と同じ情報をご記入ください

加入依頼書の **担当者名** と同じ情報をご記入ください

「美容医療に従事する医師数」：　2 名

<ご注意>上記の人数は、美容医療の施術を担当する医師の合計人数をご記入願います。
別途ご提出していただく「加入依頼書」の合計人数と同一です。

美容医療に従事する医師名を下記にご記入願います。

NO.	補償の対象とする医師名		NO.	補償の対象とする医師名	
1	フリガナ	ニホン　タロウ	11	フリガナ	
	お名前	日本　太郎		お名前	
2	フリガナ	ニホン　ハナコ	12	フリガナ	
	お名前	日本　花子		お名前	
3	フリガナ			フリガナ	
	お名前			お名前	
4	フリガナ		14	フリガナ	
	お名前			お名前	
5	フリガナ		15	フリガナ	
	お名前			お名前	
6	フリガナ		16	フリガナ	
	お名前			お名前	
7	フリガナ		17	フリガナ	
	お名前			お名前	
8	フリガナ		18	フリガナ	
	お名前			お名前	
9	フリガナ		19	フリガナ	
	お名前			お名前	
10	フリガナ		20	フリガナ	
	お名前			お名前	

医師名をフルネームでご記入ください

＊当協会は個人情報を取り扱うにあたり、その利用目的を協会事業に限定します。ご本人の同意なく同利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱うことはありません。詳しくはHPの「個人情報保護方針について」をご覧ください。