



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://biyouiryuu.jp>

美容医療・医師賠償補償制度 ご加入の手引き

施術医(勤務医)コース



美容医療・医師賠償補償制度

ご加入の手引き

施術医(勤務医)コース

- 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. 「書類」お申込みの場合 | ・・・・・・・・・・・・・・・・ | P6 |

ご提出書類：加入依頼書（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。

「施術医(勤務医)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。

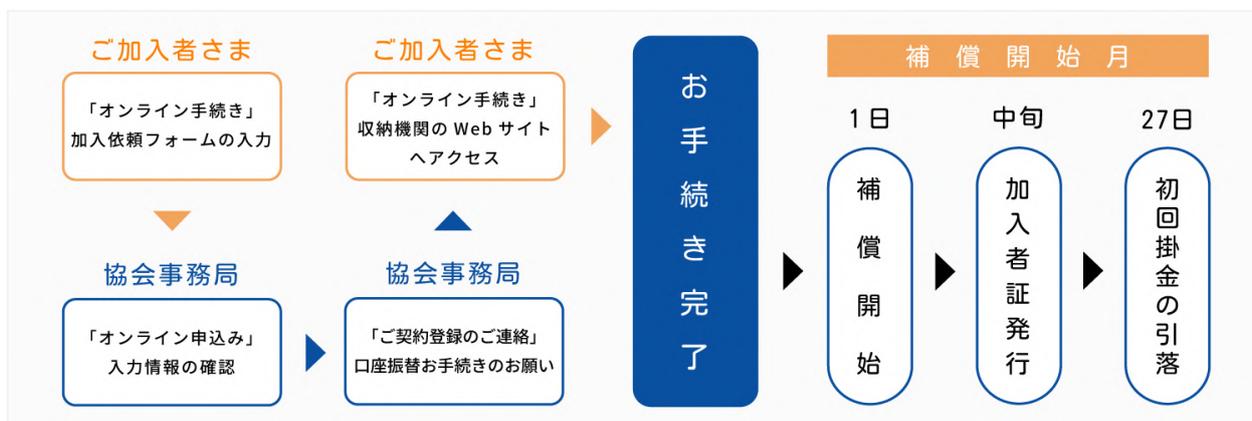
「日本皮膚科学会」 「日本美容皮膚科学会」 「日本美容医療協会」

「日本形成外科学会」 「日本美容外科学会(JSAPS)」

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。)

当協会へ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、「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://biyouiryuu.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。

■口座振替のお手続きについて

収納機関の Web サイト「インターネット口座振替受付サービス」へアクセスし、
ご自身のスマホ等の端末からお申込み(書面・印鑑なし)をお願いいたします。

※ **個人口座専用** のサービスとなっております。

※ 「**法人口座**」「**屋号が入った口座**」はご利用いただけないのでご注意ください。

ネット申込はこちら

https://biyouiryou.jp/assets/pdf/form_netbank.pdf

『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」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_sejutsui.zip

施術医コース用

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	
会員番号	ご記入は不要です
補償開始日	年 月 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容の記載がない場合は、ご記入ください。ご連絡がない場合は、ご記入ください。ご連絡がない場合は、ご記入ください。

書類の記入日をご記入ください

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。

ご記入日 西暦 0000 年 00 月 00 日

加入者(被保険者)	フリガナ	ニホン タロウ		医師番号	000000	印 「ご加入に際して」 確認印兼用
	姓名	日本 太郎				
	フリガナ			生年月日		
	〒	160-0022	東京都新宿区新宿0-0-0		(西暦)	0000 年 00 月 00 日
TEL	090-0000-0000		FAX	03-0000-0000		
メールアドレス	jamla@biyoukyosai.jp		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。 ※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既存会員2名の推薦状が必要です。						
<input type="checkbox"/> 日本美容医療協会 <input type="checkbox"/> 日本皮膚科学会 <input type="checkbox"/> 日本美容皮膚科学会 <input type="checkbox"/> 日本形成外科学会 <input type="checkbox"/> 日本美容外科学会(JSAPS)						

勤務先名称	美容クリニック	03-0000-0000
勤務先住所	〒 102-0083 東京都千代田区麹町0-0-0	

①ご希望のプランに○をつけてください。

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)	保険料(月額)
<input type="radio"/>	①	100万円/300万円	10万円	1,000円
<input type="radio"/>	②	200万円/600万円	10万円	1,500円
<input type="radio"/>	③	500万円/1,500万円	10万円	2,300円
<input type="radio"/>	④	1,000万円/3,000万円	10万円	3,200円
<input checked="" type="radio"/>	⑤	2,000万円/6,000万円	10万円	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

告知事項申告欄	★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。)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	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。)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	☆3.現在、病院・診療所を開設していますか? また2025年12月1日までに病院・診療所を開設する予定がありますか?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

・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*1	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	*1 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。		
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

・「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

」 + 「会費」

- 会費は500円/月で、「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。