

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

★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変更が生じた場合には、遅滞なくご加入の取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は、ご契約を解除し、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。

ご記入日西暦年 月 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。

社内使用欄

会員番号

補償開始日

年 月 1 日

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
※法人名・肩書・代表者名

加入申込者住所

フリガナ

〒

生年月日
(西暦)
年 月 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
施設名

施設の開設者名

医籍番号

☆施設所在地

☐ 加入申込者住所と同じ

〒

フリガナ

加入者住所と異なる場合 右欄に記入

担当者名

TEL

メールアドレス

FAX

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既存会員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)

貴院(病院・クリニック)において、美容医療に従事される医師の人数をご記入ください。

※保険始期日時点における見込み人数をご申告ください。
保険金請求時に名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

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)
<input type="radio"/>	①	100万円/300万円	10万円	2,500円+	名(※1) × 1,000円 =	
<input type="radio"/>	②	200万円/600万円	10万円	3,600円+	名(※1) × 1,500円 =	
<input type="radio"/>	③	500万円/1,500万円	10万円	6,000円+	名(※1) × 2,300円 =	
<input type="radio"/>	④	1,000万円/3,000万円	10万円	8,400円+	名(※1) × 3,200円 =	
<input type="radio"/>	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

申告告知事項

★ 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

★ 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

左記1.～2.のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入

★他の保険契約等※2

あり

なし

※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。)

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

制度掛金 = 「保険料」 + 「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

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、国内外の再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
- ⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等(過去の情報を含みます。)をご契約者およびご加入者に対して提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp) をご参照ください。

申込日： 年 月 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：

対 象 医 師 一 覧

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設の開設者名	
フリガナ	
事務担当者名	

「美容医療に従事する医師数」： 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		11	フリガナ	
	お名前			お名前	
2	フリガナ		12	フリガナ	
	お名前			お名前	
3	フリガナ		13	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	

* 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。

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

★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「あり」とお答えの場合は、ご加入の取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡が不要な場合がありますので、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。

社内使用欄	
会員番号	ご記入は不要です
補償開始日	年 月 1 日

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) ビョウカイ 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)	☆施設名 ☆開設者 (被保険者)名	フリガナ ビョウクリニク 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	医師番号 000000
	☆施設所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 加入申込者住所と同じ 異なる場合 右欄に記入	〒 フリガナ	
	メールアドレス	jamla@biyoukyosai.jp	TEL 03-0000-0000	FAX 03-0000-0000
現在の所属団体をチェックしてください。 <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)				

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

該当する所属団体にチェックをいれてください

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)
<input type="radio"/>	①	100万円/300万円	10万円	2,500円 + 名(※1) × 1,000円 =	
<input type="radio"/>	②	200万円/600万円	10万円	3,600円 + 名(※1) × 1,500円 =	
<input type="radio"/>	③	500万円/1,500万円	10万円	6,000円 + 名(※1) × 2,300円 =	
<input type="radio"/>	④	1,000万円/3,000万円	10万円	8,400円 + 名(※1) × 3,200円 =	
<input checked="" type="radio"/>	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。)	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	★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"/> はい	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 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)

※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

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。

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	ビョウクリニック	加入依頼書の 施設名 と同じ情報をご記入ください
施設名	美容クリニック	
フリガナ	ニホン タロウ	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
施設の開設者名	日本 太郎	
フリガナ	ニホン ジロウ	加入依頼書の 担当者名 と同じ情報をご記入ください
事務担当者名	日本 次郎	

「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	医師名をフルネームでご記入ください		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	

* 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。