

記入日： 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

「加入内容 変更依頼書」（コース・プラン変更）

下記の通り、「美容医療・医師賠償補償制度」の変更を依頼します。

会員番号：	変更月： 年 月 1 日
-------	--------------

（※当月10日までに提出いただいた場合、翌月1日から変更となります）

変更をご希望の項目にチェックを入れてください。

- ☐ **コースの変更** （例1）開設者コース ⇒ 施術医コース へ変更 （例2）施術医コース ⇒ 開設者コース へ変更
☐ **プランの変更** （例） 補償限度額 500万円 ⇒ 2,000万円 へ変更

■開設者コース：＜現在＞の加入申込者名・被保険者（施設名）・施設の開設者名 をご記入ください。

加入申込者	法人名・肩書・代表者名 または 屋号・肩書・個人事業主名	
被保険者	施設名	施設の開設者（責任者）名

▼変更をご希望の＜コース・プラン＞にチェックを入れてください。

現在のコース	開設者	変更のコース	<input type="checkbox"/> 施術医
現在のプラン	<input type="checkbox"/> 100万円 <input type="checkbox"/> 200万円 <input type="checkbox"/> 500万円 <input type="checkbox"/> 1,000万円 <input type="checkbox"/> 2,000万円	変更のプラン	<input type="checkbox"/> 100万円 <input type="checkbox"/> 200万円 <input type="checkbox"/> 500万円 <input type="checkbox"/> 1,000万円 <input type="checkbox"/> 2,000万円

※コース変更の場合…「加入依頼書（施術医コース）」のご提出をお願いします。

※プラン変更の場合…「加入依頼書（開設者コース）・対象医師一覧」のご提出をお願いします。

■施術医（勤務医）コース：＜現在＞の加入者名 をご記入ください。

加入者	氏名：
-----	-----

▼変更をご希望の＜コース・プラン＞にチェックを入れてください。

現在のコース	施術医	変更のコース	<input type="checkbox"/> 開設者
現在のプラン	<input type="checkbox"/> 100万円 <input type="checkbox"/> 200万円 <input type="checkbox"/> 500万円 <input type="checkbox"/> 1,000万円 <input type="checkbox"/> 2,000万円	変更のプラン	<input type="checkbox"/> 100万円 <input type="checkbox"/> 200万円 <input type="checkbox"/> 500万円 <input type="checkbox"/> 1,000万円 <input type="checkbox"/> 2,000万円

※コース変更の場合…「加入依頼書（開設者コース）・対象医師一覧」のご提出をお願いします。

※プラン変更の場合…「加入依頼書（施術医コース）」のご提出をお願いします。

★ご提出について

本紙『加入内容変更依頼書(コース・プラン変更)』は協会宛 [メール送信] または [FAX送信] をお願いいたします。

※メールやFAX送信ができない場合はご郵送をお願いいたします。

*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。

【ご連絡先】

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会
〒102-0083 東京都千代田区麹町1-6-6 プルミエ麹町ビル7F
TEL：03-6380-4771
FAX：03-6893-6500
E-mail：jamla@biyoukyosai.jp

20230701 (Ver1.0)