

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

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。

ご加入に際して

私は、保険契約者である団体の構成員（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

年

月

日

加入者（被保険者）

☆ご氏名

フリガナ

姓 名

医籍番号

印

「ご加入に際して」
確認印兼用

ご住所

フリガナ

生年月日

〒

(西暦)

年

月

日

TEL

FAX

メールアドレス

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。

☐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)

勤務先名称

TEL

勤務先住所

〒

フリガナ

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 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。）。

☐はい

☐いいえ

左記1.～3.のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入

★ 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

☆ 3.現在、病院・診療所を開設していますか？ また2024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？

☐はい

☐いいえ

★他の保険契約等*1

☐あり

☐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

制度掛金 = 「保険料」 + 「会費」 + 「出資金」

- 会費は500円/月で、「苦情クレーム相談サービス」などを提供する費用に充てられます。
- 加入者は、新規加入時のみ「出資金」として10,000円を拠出していただきます。ただし、退会時には返戻いたします。

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。

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

★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誤りや不明点がある場合は、当協会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、ご記入の通りとさせていただきます。

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

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（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。

加入者（被保険者）	フリガナ	ニホン タロウ		医籍番号	000000	<div>印</div> <div>「ご加入に際して」 確認印兼用</div>
	姓 名	日本 太郎				
	フリガナ			生年月日		
	〒	160-0022	(西暦)		0000 年 00 月 00 日	
	東京都新宿区新宿0-0-0					
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。

☐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)

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

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 type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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。)	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
	☆ 3.現在、病院・診療所を開設していますか? また2024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 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*1	<input 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」+「出資金」

- 会費は500円/月で、「苦情クレーム相談サービス」などを提供する費用に充てられます。
- 加入者は、新規加入時のみ「出資金」として10,000円を拠出していただきます。ただし、退会時には返戻いたします。