

必要事項を記入した加入依頼書
を県師会事務局まで送付くださ
い。(FAX不可)

<重要>保険料のお支払いについて
保険料は所属都道府県師会に直接お振込みくだ
さい。お支払い方法に関しては所属都道府県師
会にお問い合わせください。

鍼灸賠償責任保険制度加入依頼書(記入例)

<ご加入時の確認事項>

私は、契約者である企業または団体の構成員である
ことを確認し、団体に対してこの保険契約への加入を
依頼します。また、私は、「個人情報の取扱いに関する
」について確認の上、同意いたします。

加入依頼書記入日をご記入ください。

新規:今回(2/1までの)申込

中途加入:2/1以降の申込

| | | | | | | | |
|---------------|--|----|----|------|----|--------------|----------------|
| 加入依頼日 (西暦) | 2023年 12月 15日 | 区分 | 新規 | 中途加入 | 更新 | 所属都道府県師会 | 東京都 |
| 保険期間 | 毎月1日付でご加入いただけます。 年 月 1日午前0時 ~ 2025年2月1日午後4時 | | | | | ☆施術者 登録番号 | 13001987654321 |

※更新の場合の補償開始は2024年2月1日午後4時になります。

日本鍼灸師会の14桁の登録番号です。

| | | | |
|-----------------|----------------------------|--------------------|-------------|
| ☆加入者名 (被保険者) | カナ シンキュウ タロウ 漢字 鍼灸 太郎 | ご加入時の確認事項 確認印兼用 | |
| 加入者 住所 | 〒123-4567 東京都千代田区三番町6-4 | | |
| 電話番号 | 01 - 2345 - 6789 | 生年月日(西暦) | 1980年 1月 1日 |

| | | | | |
|--------------|--|--|---------|---|
| 基本 補償 | 区分 | <input checked="" type="checkbox"/> I. 施術所開設者 <input type="checkbox"/> II. 勤務鍼灸師 | | |
| | タイプ | <input type="checkbox"/> プランA(1事故1億円) <input checked="" type="checkbox"/> プランB(1事故3億円) | 7,990 円 | |
| オプション | <input checked="" type="checkbox"/> 柔道整復業務 | | 5,160 円 | |
| | <input type="checkbox"/> サイバー(情報漏えい) | | 円 | |
| | <input type="checkbox"/> 追加被保険者 | 勤務鍼灸師 | 名 | 円 |
| | | 勤務柔道整復師 | 名 | 円 |
| | | 勤務鍼灸師かつ勤務柔道整復師 | 名 | 円 |
| 業務の補助者(無資格者) | | 名 | 円 | |
| 備考欄 | | | | |

| |
|----------|
| 合計保険料 |
| 13,150 円 |

※追加被保険者特約にて、日本鍼灸師会会員を補償する場合、上記備考欄にその方のお名前をご記入ください。

【告知事項】

| | | | | | | |
|-------------|---|---|---------------------|---|----|-------------|
| 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(過去に引受保険会社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 | ★他の 保険契約 等(※) | 会社名 | あり | 保険等の種類 |
| | 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(過去に引受保険会社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 | | 満期日 | なし | 保険金額(支払限度額) |
| | 3 上記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 | | | 同種の保険(鍼灸師賠償責任保険等)に加入している場合のみ、「あり」に○をして詳細をご記入ください。 | | |

(※) 共同
★または
なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。
ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項(告知事項)に内容の変更が生じた場合は、遅滞なく(サイバーリスク保険の場合:すみやかに)取扱代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、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。(サイバーリスク保険の場合:ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできないことがあります。また、変更の内容によってご契約を解除することがあります。)

【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。