＊申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパンのホームページ（https://www.sompo-japan.co.jp）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

令和６年度 新規申込用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 産業医傷害保険加入依頼書 | | | | **申込日** | | **令和　　年　　月　　日** | | |
|  | |  | | |
| 事業主  (加入依頼者) | フリガナ |  | | | | | | |
| 事業場名  または  氏　　名 |  | | | | | |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 連絡先 | 部署名 |  | | 担当者 | （TEL　　　 　　 　　　　　） | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 嘱託産業医  (被保険者) | フリガナ |  | | 男  ・女 | 生年月日 | | 昭・平 　 年　 月 　日 | |
| 氏　　名 |  | |
| 医療機関  勤務先名 |  | | | | | | |
| 医療機関  勤務先住所 | 〒　　　　－ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 嘱託産業医  (被保険者)  派遣先事業場 | 派遣先  事業場名 |  | | | | | | |
| 派遣先  事業場住所 | 〒　　　　－ | | | | | | |
|  | | | | | | |

＊「事業主（加入依頼者）」には、実際に保険料を納付される事業場名または氏名をご記入ください。

＊本保険契約は派遣先事業場毎の加入が必要となるため、被保険者が複数事業場にて勤務される場合は、それぞれの事業場毎に産業医傷害保険加入依頼書をご提出ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入コース　ご希望のコース番号に○印をご記入ください。(消費税は非課税です) | | | | | | | | 他の保険契約等について | | |
| １ | ２ | | ３ | ４ | ５ | | ６ | 他に加入した傷害保険  契約がありますか。 | | 有・無 |
| 8,550  円 | 11,970  円 | | 17,100  円 | 11,050  円 | 15,470  円 | | 22,100  円 | 過去3年間に傷害保険金(1事故5万円以上)を請求または受領した  ことがありますか。 | | 有・無 |
| 振込情報 | | | | | | | | | | |
| 振込名義 | | 事業主名（カタカナ）  カナ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 振込予定日 | | 令和6年　　月　　日 | | | | 領収書発行希望 | | | 有 ・ 無 | |

＊振込名義は、事業主名（加入依頼者）がわかるようにご明記ください。振込名義に不備のある場合は入金確認ができず、お手続きに時間を要することがございます。

＊請求書は発行いたしません。

＊振込手数料はご負担ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年間業務予定 | | | 保険始期年度の業務予定日数をご記入ください。中途加入時は「中途加入日」から１年間分をご記入ください。 | | | | | | | 年間業務  予定日数 | 日 | |
| ●業務日が決定している場合は、以下に業務日をご記入ください。 | | | | | | | | | |
| 回 | 月日 | 回 | | 月日 | 回 | 月日 | 回 | 月日 | 回 | 月日 | 回 | 月日 |
| 1 | / | 6 | | / | 11 | / | 16 | / | 21 | / | 26 | / |
| 2 | / | 7 | | / | 12 | / | 17 | / | 22 | / | 27 | / |
| 3 | / | 8 | | / | 13 | / | 18 | / | 23 | / | 28 | / |
| 4 | / | 9 | | / | 14 | / | 19 | / | 24 | / | 29 | / |
| 5 | / | 10 | | / | 15 | / | 20 | / | 25 | / | 30 | / |

＊実際の業務日が予定と異なっても、保険金のお支払等に支障をきたすことはございません。