

愛知県医師会産業保健部会 行 (mail: sangyoi@aichi.med.or.jp)

* 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) に掲載の個人情報取り扱いに同意します。

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	(印)				
	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	生年月日	昭・平 年 月 日	
	氏名		女			
	医療機関 勤務先名				医籍登録 番号	
	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						他の保険契約等について	
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)						他に加入した傷害保険契約がありますか。	有・無
1	2	3	4	5	6	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
8,550 円	11,970 円	17,100 円	11,050 円	15,470 円	22,100 円		

振込情報	
振込名義	事業主名(カタカナ)
振込予定日	令和 年 月 日

* 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・領収書は発行いたしません。》

【請求書・領収書の発行について】

お振込み時に銀行等から発行される受領書が正式の領収書となります。本会からの発行は二重発行となりますのでお控えさせていただいております

傷害保険料は消費税法により、非課税と定められているため、インボイスは発行対象外となります。
※インボイス(適格請求書)とは、適用税率や消費税額等を伝えるものです。

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。

●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。

年間業務予定日数										日	
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	/

* 年間業務予定はもれなく記載してください。様式に収まらない場合は別紙添付(月日がわかれば様式自由)願います。
* 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ありません。