令和４年度 新規申込用

愛知県医師会産業保健部会 行 （FAX：052-241-4130）

＊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。

産業医傷害保険加入依頼書

申込日	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	（〒　－　）			
	ＴＥＬ	（　）　－			
	担当部署担当者名	部署名		担当者	
嘱託産業医（被保険者）	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日		性別	男 ・ 女
	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。
＊請求書及び被保険者カードは「事業主（加入依頼者）」宛に送付されます。
＊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。						**他の保険契約等について**	
1	2	3	4	5	6	他の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

＊お申込書が本会に到着次第、保険料請求書を送付させていただきます。
＊保険料領収書につきましては、ご希望いただいた場合のみ発行させていただきます。

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。
中途加入の場合は「中途加入日」から１年間の予定をご記入ください。

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
1			7			13			19			25		
2			8			14			20			26		
3			9			15			21			27		
4			10			16			22			28		
5			11			17			23			29		
6			12			18			24			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。