『介護保険サービス事業者・障害福祉サービス事業者 賠償責任保険』

（※居宅介護事業者等賠償責任保険）

加 入 依 頼 書

損害保険ジャパン株式会社　御中
一般社団法人　北海道医師会　御中

新規加入・継続加入・変更等その他
（いずれかに○をしてください）

申込日　　年　　月　　日

加入者住所	〒　　ー	連絡先 ☎　（　　）　　ー
加入者氏名	医療機関コード	医籍番号
	個人開設の場合、A会員氏名 印 ※法人加入の場合は、法人理事長印をご捺印ください。	
医療機関担当者	氏　名	
	連絡先 ☎（　　）　　ー　　FAX（　　）　　ー	
	e-mail:	

※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公式ウェブサイト（https://www.sompo-japan.co.jp/）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。
※e-mailアドレスに使用される下記の文字にはフリガナを振ってください。
0ゼロ、oオー、lエル、Iアイ、1イチ、9キュウ、qキュー、vブイ、uユー

対象施設

所在地	〒　　ー　　連絡先 ☎　（　　）　　ー 加入者住所と異なる場合のみ記入
名　　称	
加入コース	□ Aコース　□ Bコース　□ Cコース
直近会計年度の年間売上高 （消費税を含みます）	万円 ※売上高は千円単位を四捨五入して万円単位でご記入ください。
年間保険料	円 ※保険料はパンフレットの保険料表及びご加入例を参考に算出してください。円単位を四捨五入して10円単位でご記入ください。 また、ご不明点等ございましたらお問い合せください。

（注）同一の事業者が複数の事業所を一括してご加入いただく場合

1．直近会計年度の年間売上高は全事業所の合計をご記入ください。
また、お手数ですが、各事業所の「所在地」・「名称」のわかる明細書を添付ください。
（明細書の様式は問いません。）

2．賠償責任保険付保証明書（被保険者カード）は事業所毎に作成してお送りします。