

●この加入申込票は郵送用申込票となります。協会ホームページからお手続きされる場合、この加入申込票は不要です。
公益社団法人日本理学療法士協会 御中

「理学療法士賠償責任保険制度」加入申込票

私は理学療法士賠償責任保険制度「上乘せ補償プラン」に加入いたしたく、下記記載事項に相違がないことを確認のうえ、加入を申込します。

<ご加入時の確認事項>

- 私は公益社団法人日本理学療法士協会の会員です(休会者および会費未納者の方は保険適用対象外)。
- 私は保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向にそったものであることおよび「ご加入内容確認事項」を確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。

(ご注意) 加入申込票には事実を正確にご回答(記入)ください。理学療法士賠償責任保険において※印の項目は危険に関する重要な項目です。ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった場合は保険契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。個人賠償責任保険において※印の項目はご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な項目(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申 込 日	平成 年 月 日	会員番号	
氏 名	フリガナ	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
	印 申込印兼加入時 確認事項同意印	性 別	男 ・ 女
住 所 (ご自宅)	〒 ー	電話番号	ご自宅 ー ー
			勤務先 ー ー
個人賠償責任保険加入の有無		個人賠償責任保険に加入しない場合は右に○をご記入ください。 ○ 加入しない	
※他の 保険 契約等	この保険契約で保険金のお支払いの対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(ありのときは右欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)	保険会社	支払限度額
		保険種類	過去3年間における事故 あり → ありの場合 回

【ご加入手続き】

- ① お申込は公益社団法人日本理学療法士協会のホームページからお手続きください。
<https://rigaku-hoken.net/index.html>
- ② ホームページが閲覧・利用できない場合は本加入申込票をコピーし必要事項を記入・押印のうえ、理学療法士協会宛、郵送ください(申込票到着日が受付日となります。)

郵送先 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷3-8-5

公益社団法人日本理学療法士協会「理学療法士賠償責任保険制度」係

翌年度以降の 継続について	前年からご加入されている皆さまについては、加入内容の変更や継続停止のご連絡がない場合、今回の募集においては前年ご加入の内容に応じたセット(上乘せ補償プラン)での自動継続の取扱いとさせていただきます。(※休会者および会費未納者を除く)
------------------	--

保険会社使用欄

加入者番号	保険開始日	保 険 料	円
-------	-------	-------	---

お問い合わせ先

【取扱代理店】

株式会社日本橋保険センター

〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町2-4-6

E-Mail: info@rigaku-hoken.net

TEL: 03-3639-8844 FAX: 03-3639-0580

*お問い合わせは極力E-Mailにてお願いいたします。

【引受幹事保険会社】

三井住友海上火災保険株式会社

公務開発部営業第一課

〒101-8011 東京都千代田区神田駿河台3-11-1

TEL: 03-3259-3017 FAX: 03-3293-8609

A18-102039 使用期限 2020年4月1日