福岡県医師会　会員の皆さまへ

『 医療機関用クレーム対応費用保険（福岡県医師会団体制度） 』
申し込み手続要領（ 兼 ＦＡＸ連絡票 ）

《ご加入をご希望の場合》

別紙「加入依頼書」に必要事項をご記入のうえ、ＦＡＸにてお申込み下さい。

※下記「ＦＡＸ連絡票」の送信は不要です。

《詳細説明をご希望の場合》

下記「ＦＡＸ連絡票」に必要事項をご記入のうえ、ケンイ宛送信願います。

【留意事項】

・加入対象施設は、**『病院』**または**『診療所』**に限ります。（施設単位）

・保険料（年一括払）は、原則、所属医師会を通じて各会員名義口座から控除または領収させていただきます。

・7 月 1 日以降のお申込み、または、8 月 1 日以外でのご加入をご希望の場合は、中途加入扱いとなります。別途ご相談下さい。

（切り取らずにこのままＦＡＸしてください）

株式会社ケンイ　宛　ＦＡＸ連絡票（　０９２－４３１－４８１１　）		
所属医師会		
会員名		
施設名		
施設所在地	〒	
ご連絡先	TEL	FAX
ご連絡先窓口	□会員本人　　□その他（　　（役職等：　　））	
お申し出内容	□　詳しい説明を聞きたい □　その他（下記に詳細を記載ください） （　　）	
個人情報の取扱について	ご提出いただいたＦＡＸ連絡票により頂戴したお客様の個人情報に基づき、当社が取扱う保険商品のご提案資料の送付をさせていただくことがあります。また、お客様の情報を引受保険会社である損害保険ジャパン株式会社に提供する場合がありますのであらかじめご了承ください。なお、お客様の個人情報の取扱いについてご質問などございましたら、お気軽にお問い合わせください。	

株式会社ケンイ　行き（ＦＡＸ：０９２－４３１－４８１１）

HP申込

医療機関用クレーム対応費用保険（福岡県医師会団体制度）加入依頼書

《ご加入に関する留意事項》
本保険は**医療施設毎のお引受け**となります。複数施設を開設の場合は、本紙をコピーいただき、施設毎にご記入のうえご提出ください。なお、加入対象施設は、**『病院』または『診療所』**に限ります。

※太枠内に必要事項をご記入願います。

申込日	令和　　年　　月　　日			所属郡市区医師会		
保険期間	２０２２年８月１日　～　２０２３年８月１日（１年間）					
加入者 ※保険料負担者	医療施設 住 所		〒　　ー			
	連絡先		TEL:　　FAX:			
	経営形態 ※○で囲んでください		個 人　　法 人			
	個人	加入者名 （会員名）	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	法人	加入者名	法人名	ﾌﾘｶﾞﾅ		
			代表者名	ﾌﾘｶﾞﾅ	役職	
被保険者 ※保険金受取人	★加入者に同じ場合は記入不要です。					
対象医療施設 名 称	ﾌﾘｶﾞﾅ ★病院の場合は病床数も記載ください⇒（病床数：　　）					

【 ご加入タイプ選択 】 ※該当するタイプに○印をお願いします

支払限度額：１事故１００万円・期間中３００万円　自己負担額１万円・縮小支払割合９０％

年間保険料（一括払）			
診療所	病 院		
	100床未満	100～500床未満	500床以上
20,000円	80,000円	100,000円	120,000円
○	○	○	○

※中途加入（8月1日以外での加入）ご希望の場合は、月割保険料をご案内いたしますので、弊社（092-431-4847）まで連絡願います。

加入者は、募集文書または損害保険ジャパンの公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の者（被保険者等）より必要な同意を得たうえ、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。

SJ22-00057(2021/04/27)