

← FAX : 03-5937-0811 [1・2 ページを FAX してください]

カイロプラクティックドクター専門職業賠償責任共済制度（新規・更新・中途加入）加入依頼書

ご記入日(加入依頼日) 平成 年 月 日

カイロプラクティック療法振興事業協同組合 御中

加入者区分(いずれかに○) 正組合員・賛助会員・学生賛助会員

下記の通り加入依頼いたします。(太枠の中を必ずご記入ください。またプラン①②③をご希望の方は希望する番号に○をつけてください)

★加入者兼 被保険者 氏名	ふりがな <small>私は裏面記載の「ご加入に際して」を確認し保険契約者である団体に対して加入を依頼いたします。</small>		生年月日 昭和・平成 年 月 日		のりかテープでとめる	
	〒		TEL : ()			
★主な 施 術 所	名称			加入月 () 月 下記のプランについても資料を請求します ①全国中小企業団体中央会所得補償制度 ②終身医療保険 (①) (②) ※上記の保険は別途申込みが必要です。 資料送付をご希望される方は上記番号に○をつけて下さい。 ご不明な点等は「組合本部事務局」または「取扱代理店」までお問い合わせください。		ここに、保険料納付済みの「払込金受領証(名前欄・金額欄を記入のうえ、ゆうちょ銀行の受付印が押印されているもの)」をセロテープなどで留め、FAX してください。
	住所	〒				
電話番号	()					
申込区分 (✓を記入)	【基本プランA】施設賠償責任保険	<input checked="" type="checkbox"/>	13,000 円	加入月 () 月		
	【基本プランB】総合生活保険(個人賠償補償特約)		円			
	掛金合計		円			
掛金には、協同組合が収受する「制度運営費」1,000 円が含まれています。 他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます)がある場合には○をし、裏面に詳細をご記入ください。					★他の保険契約等 あり	

ご加入に際して

私と被保険者全員は以下の事項について確認・同意のうえ加入依頼します。

- ①私が保険契約者である団体の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書に記載の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④重要事項説明書に記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

*★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項（通知事項）に内容の変更が生じた場合は、遅滞なくご加入の取扱代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は保険金が削減されること、または、ご加入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ご注意ください。

*当制度は「カイロプラクティック療法振興事業協同組合」の団体保険であるため当組合員以外の方の加入は認められません。

*掛金の振込みがない場合、加入手続きが完了いたしません。

*また、新規に組合に加入される方は、この共済制度の手続きと組合加入の手続きを同時に進めていただく必要がございます。

（施設賠償責任保険）

★告知事項申告欄

「はい」・「いいえ」のどちらかに○をお付けください。

1	本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか（過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます）。	はい	いいえ
2	本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれがある事実がすでに発生していることを知っていますか（過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます）。	はい	いいえ
3	上記1.2のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入してください。		

★他の保険契約等（※）

具体的な内容をご記入下さい。

（※）他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約を言います。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日	保険金額・支払限度額
			（補償の満了する日）	（ご契約金額） （万円）

カイロプラクティック療法振興事業協同組合 ＜加入月別掛金（保険料）早見表＞

加入手続日	加入月	制度加入期間 (補償期間)	施設賠償責任 年間掛金* 【基本プラン A】	個人賠償責任 保険料(一時払) 【基本プラン B】
4/20まで	5/1	平成 29 年 5 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥13,000	¥1,260
5/10まで	6/1	平成 29 年 6 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥12,000	¥1,160
6/10まで	7/1	平成 29 年 7 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥11,000	¥1,050
7/10まで	8/1	平成 29 年 8 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥10,000	¥950
8/10まで	9/1	平成 29 年 9 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥9,000	¥840
9/10まで	10/1	平成 29 年 10 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥8,000	¥740
10/10まで	11/1	平成 29 年 11 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥7,000	¥630
11/10まで	12/1	平成 29 年 12 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥6,000	¥530
12/10まで	1/1	平成 30 年 1 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥5,000	¥420
1/10まで	2/1	平成 30 年 2 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥4,000	¥320
2/10まで	3/1	平成 30 年 3 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥3,000	¥210
3/10まで	4/1	平成 30 年 4 月 1 日～平成 30 年 5 月 1 日	¥2,000	¥110

* 中途加入の際には、加入月の前月 10 日までにお手続きください。
加入(補償)開始月は申込手続きの翌月 1 日からとなります。
* ご加入手続き完了後、「保険契約付保証書」を郵送させていただきます。

掛金のお支払方法について

* 掛金はなるべく同封の「払込取扱票」にてお振込みください。
その他につきましては「カイロプラクティックター専門職業賠償責任共済制度」のご案内の最終ページをご覧ください。
* 掛金等がわからない方は当組合東京本部事務局までお問い合わせください。また、「払込取扱票」にて払込を済ませた後、「払込金受領証(お名前、金額欄明記のこと)」を「加入依頼書」に貼付し、ファックスにて当組合宛てにご送付ください。

*上記共済掛金には協同組合が徴収する「制度運営費」1,000 円が含まれています。