

## 日本医師会休業補償制度 お申込み受付

必要事項をご入力の上、確認ボタンを押してください。 **※入力必須項目の※マークは、必ず入力願います。**

会員名 (姓) \*

日医

会員名 (名) \*

太郎

医籍登録番号 (6桁)

※「医籍登録番号」「会員番号」いずれか必ずご入力ください。

会員番号 (10桁)

1234567890

※「医籍登録番号」「会員番号」いずれか必ずご入力ください。

※会員番号 (10桁) は、会員ID (日医刊行物送付番号) の10桁の数字 (半角で入力) です。  
毎月ご郵送させていただいております日医雑誌の宛名シール下部に印刷されている、  
10桁の数字になります。

医籍登録番号 (6桁) または  
会員番号 (10桁) どちらか  
を必ず入力願います。

医療機関名 \*

日医クリニック

代表者役職 \*

院長

代表者名 (姓) \*

日医

代表者名 (名) \*

太郎

補償対象施設名 \*

日医クリニック ×

※複数施設に保険をかけたい場合は、お手数お掛け致しますが、  
施設単位でのお申込み入力をお願いします。

郵便番号 \*

113 - 8621

※補償対象施設の住所情報をご入力ください。

補償対象施設名ならびに住所情報は、保険をかけたい施設情報の入力となります。複数施設に保険をかけたい場合は、お手数ですが施設単位でのお申込み入力をお願いします。

住所 (都道府県) \*

東京都

住所 (市区町村以下) \*

文京区本駒込2-28-16

住所 (建物名)

電話番号 \*

03 - 3942 - 6137

メールアドレス \*

chiiki\_1@po.med.or.jp

(確認用)

chiiki\_1@po.med.or.jp

※ご登録いただきましたメールアドレスに、  
申し込み手続き完了報告や保険料お振込み案内をお送りいたしますので、  
お間違いのないようご登録願います。

担当者所属

担当者名 (姓)

担当者名 (名)

保険始期

2021年1月1日

保険終期

2022年1月1日

補償金額

休業一時金100万円

※医業収益・医業外収益・臨時収益の合計が年間4,000万円を下回る場合は、補償金額が100万円以下となることがあります。

保険料

48,000円

保険始期・補償金額・掛金  
(保険料)は自動入力に  
なっております。

重要事項説明書をクリックして、内容を確認して、  
を押さないと、下記の『確認ボタン』を押す  
ことができません。必ず確認をお願いします。

重要事項説明書 \*

重要事項説明書をご確認ください。

※重要事項説明書を閲覧すると「確認」ボタンの押下が可能になります。

確認しました

確認

※すべて入力が終わりましたら『確認ボタン』を押して内容確定となります。

※万一、入力エラーがあると下記メッセージが表示されます。  
概要箇所をお知らせしますので訂正入力をお願いいたします。

ご入力内容に不備がございます。エラーが発生した項目を修正し、送信しなおしてください。