

# 加入依頼書

# 2026年【医療関連サービスマーク制度 認定業務外・賠償責任保険】

一般財団法人 医療関連サービス振興会 御中

下記および「保険料お見積シート」に記載した事項は、事実に相違なきことを確認し、『医療関連サービスマーク認定業務外・賠償責任保険』の加入を申込みます。

医療関連サービスマーク認定事業者は、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に同意します。

契約者	一般財団法人 医療関連サービス振興会	保険会社	損害保険ジャパン株式会社
保険期間	2026年2月1日から2027年2月1日まで		

## 【認定事業者名】 必ずご記入・ご捺印ください

(注) 法人でご加入の場合には、申込人に法人の住所・法人名・代表者の役職・氏名をご記入下さい。

(注) 対象業務については、保険料見積依頼シートに記載された業務内容となります。

申込日	年	月	日			
対象業務 (✓チェックを付けてください)	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 清掃業	<input type="checkbox"/> 医療用機器の保守点検			
	<input type="checkbox"/> 寝具類洗濯	<input type="checkbox"/> 一般給食事業	<input type="checkbox"/> 医療用ガス供給設備保守点検			
	<input type="checkbox"/> ビルメンテナンス	<input type="checkbox"/> 患者搬送	<input type="checkbox"/> 販売業			
マーク認定事業者	住所	フリガナ				
	〒	フリガナ	フリガナ	フリガナ		
	電話番号	—	—	FAX	—	—
	事業者名					
	代表者名					

印

↑ 住所・社名・代表者名は、ゴム印を押印していただいても結構です。

## 【加入タイプ】 お申込みの加入タイプに✓チェックを付け、年間保険料をご記入下さい。

加入タイプ (✓チェックを付けてください)	保険料 (保険料回答書から転記してください)
<input checked="" type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> D型	円