

加入依頼書

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、事実と相違なきことを確認し、『サイバー保険』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いに同意します。

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10月 1日 から	証券番号	
	2027年10月 1日 まで	加入者番号	

【認定事業者名】 必ず記入のうえ、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。

申込日		年 月 日																	
医療関連サービス マーク認定事業者	住所	フリガナ																	
		〒 -																	
	電話番号	- -										FAX		- -					
	事業者名	フリガナ																	
	代表者名	フリガナ																	

印

↑ 住所・事業者名・代表者名は、ゴム印を押印していただいても結構ですが、申込人印は代表者印をご捺印ください。

【加入タイプ】 ご希望の加入タイプに✓チェックを付け、年間保険料をご記入ください。

加入タイプ（√チェックを付けてください。）					年間保険料（保険料回答書から転記してください。）
☒ タイプ1	☒ タイプ2	☒ タイプ3	☒ タイプ4	☒ 左記以外	円