

東洋医術賠償責任共済申込書

全国東洋医療協会 宛

FAX 03-3842-3855

mail info@o-techno.co.jp

私は、下記申込時の注意点を承諾の上、東洋医術賠償責任共済を申し込みます。

(申込者)	申込日	令和 年 月 日		
	施術所名			
	施術所住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
	管理者氏名			印
	メールアドレス	(任意)		

■各セットの対象療法の施術人数から合計金額をご記入下さい。2・3は必須です。

セット	対象療法	年間掛金/人	施術人数	合計金額
A	柔道整復師	¥9,900	人	¥
B	整体、カイロプラクティック	¥10,600	人	¥
C	鍼灸、按摩、マッサージ	¥8,700	人	¥
D	お得なA～Cのセット	¥23,100	人	¥
1	A～Dの合計金額			¥
2	施設危険	¥3,300	×1施設	¥3,300
3	年会費	¥3,600	×1年分	¥3,600

※A～Dの合計金額を1へご記入頂きましたら下記の欄へ1, 2, 3の合計金額をご記入下さい。

希望保険始期(○で囲ってください)	合計金額(1+2+3)
最短 翌月1日	¥

振込締切日	毎月20日 (翌月1日始期の場合)
振込先	三井住友銀行 上野支店 普通 8165680
口座名	カ)オーテクノコーポレーション

※最短の場合、振込締切日は保険始期の10日前になります。

■申し込み時の注意点

- 本共済に加入した場合、下記事項に対し、共済金のお支払いができます。
 - ①被害者に対する損害賠償金(治療費・慰謝料)
 - ②応急手当、緊急処置などに要した費用
 - ③訴訟、仲裁、和解などに要した費用
 - ④損害を防止するために支出した費用
 - ⑤その他当会が必要と認めた費用上記の場合でも、最終的な共済金の支払の可否については、本共済の引き受け保険機関が判断するものとします。
- 賠償限度額および免責金額は、本共済のご案内書に記載した通りとします。また、申込者は本申し込みの際し、これを確認・承諾の上申し込むものとし、申し込み後に一切の異議申し立てはお受けできません。
- その他、本共済の利用に関しては、当会の指示・指導に従うものとし、当会より要求した場合、必要な資料・書類等を提出するものとします。