

日本健康スポーツ従事者サポート協会

入会申込書

年 月 日

ふりがな

入会者氏名： _____ 住所：〒 _____

電話番号： _____ メールアドレス _____

事業所名もしくは施術院名： _____

施術売上高に応じた年会費(保険料込) 目安

施術売上	年会費	該当する○にレ点
0千円超～2,000千円以下	12,000円	○
2,000千円超～3,000千円以下	13,000円	○
3,000千円超～4,000千円以下	14,000円	○
4,000千円超～6,000千円以下	19,000円	○
6,000千円超～8,000千円以下	25,000円	○
8,000千円以上	30,000円～	○

日本健康スポーツ従事者サポート協会保険内容

①保険種目 施設賠償責任保険(Not 生産物賠償責任保険)

②契約締結について 保険者：団体 日本健康スポーツ従事者サポート協会 被保険者：会員個人(Not 法人)

③補償条件 対人 1名 30,000千円/1事故 50,000千円(免責 10千円)

・対物 1事故 5,000千円(免責 10千円) *不精算特約 *保険料算出基礎数字申告書

④引き受けについて リスク区分毎にお引き受け

補償内容 施設リスク・仕事リスク

(施術行為に起因する損害を含みます)に起因した第三者賠償事故を補償。

(例)ドクターの施術ミスによる賠償事故～思わず力が入り、患者さんが鎖骨を骨折した。

検査・施術中における、患者さんへの所有物への賠償～サビストリッパを患者さんの衣服に溢す。

施設の所有・使用リスクによる第三者賠償事故～施設の看板が通行人にあたり怪我を負った。

入会申込書、保険料算出基礎数字申告書の2部を下記住所まで郵送お願いします。

到着後4営業日までに入会審査の結果のご連絡をいたします。承認されましたら入会月を基に会費が算出され確定した会費をお知らせいたしますので下記振込先に会費の入金をお願いします。保険開始日は11月1日のため、12月1日加入の場合は、年会費から1ヵ月分を差し引いた金額が目安となります(年会費12,000の場合は-1ヵ月分1,000円が引かれて11,000円)。会員期間は、(入会受付/入会日 毎月15日締切/翌月1日入会 (例：10月15日締切⇒11月1日入会))。

郵送先：日本健康スポーツ従事者サポート協会事務局 〒235-0033 横浜市磯子区杉田3-3-17

振込先：みずほ銀行 恵比寿支店 (店番188) 普通口座 1478303 株式会社カイラックス

問合せ 連絡先メール info@kairax.com