

山形県保険医協会 入会申込書

貴会の趣旨に同意し、入会を申し込みます。

【申込日】

年 月 日

1. 会員情報 (★印は必須項目)

フリガナ ★ 【氏名】★	
【生年月日】★ 年 月 日	【性別】★ 男 ・ 女
【自宅住所】 〒 -	
【自宅電話】 ()	【自宅ファクシミリ】 ()
【メールアドレス】	
【入会理由】(複数ご回答ください) <input type="checkbox"/> 新規開業のため <input type="checkbox"/> 保険請求の相談がしたい <input type="checkbox"/> 指導の相談がしたい <input type="checkbox"/> 共済に加入したい <input type="checkbox"/> 医療安全管理研修会に参加したい <input type="checkbox"/> 新点数説明会に参加したい <input type="checkbox"/> 紹介された <input type="checkbox"/> その他 ()	
【出身大学】	【紹介者】

2. 医療機関情報 (★印は必須項目)

【医療機関名】★ (開業 ・ 勤務)	
【住所】★ 〒 -	
【電話】★ ()	【ファクシミリ】★ ()
【診療科目】★ 科 科 科 科	
【形態】★ 病院 ・ 有床診療所 ・ 無床診療所	【開業(勤務)開始年月日】★ 年 月 日

3. 郵送物の送付先

★ 自宅 ・ 医療機関

裏面の入会にあたっての重要事項をご確認ください

郵送またはファクシミリ(023-642-2839)でお送りください

■ 入会にあたっての重要事項

1. 会費（月額）は、開業医 5,500 円、勤務医 3,500 円、70 歳以上 3,000 円です。新聞代等は会費に含まれます。会費は入会申込月の翌月分からいただきます。入会金はありません。
2. 会費は、口座振替にて徴収します。「預金口座振替依頼書」を提出してください。
3. 開業医新規入会は、特例措置として入会后 1 年間の会費は 3,500 円に減額されます。
4. 山形県保険医協会は、全国保険医団体連合会（保団連）に加盟しています。会員が別途、保団連の会費等を負担することはありません。
5. 入会申込書により取得した個人情報は、①～⑦の目的に使用します。これら以外の目的で個人情報を利用し、本人の同意を得ないで第三者へ提供することはありません（ただし、法令の規定による場合を除く）。利用目的の範囲内で個人情報の取り扱いを委託する場合は、委託を受けた者への必要かつ適切な監督を行います。
 - ① 会員名簿と会員管理台帳等の作成
 - ② 会費、共済掛金等の収納管理
 - ③ 出版物等の配布物の郵送
 - ④ 研究会等の催し物の案内
 - ⑤ 共済制度普及の促進と加入者管理（保険会社への委託も含む）
 - ⑥ 各種アンケート調査
 - ⑦ 各種請願、要請等の参加、推進依頼
 - ⑧ 各種申し込み、問い合わせに対する回答

2020.04 作成