

「スポーツ安全保険」入会のお願い

当クリニックでは、運動教室に参加する方全員にスポーツ保険に入会していただいています。この保険は財スポーツ安全協会による団体スポーツ活動中の事故に対応するもので、活動中のほか、往復の怪我や事故も補償の対象となります。

補償期間はH30年4月1日からH31年3月31日です。

ただし途中入会の場合は、入会日からH31年3月31日までとなります。

お申し込みの際は下記申し込み用紙に必要事項を記入の上、掛け金を添えて運動教室担当者もしくはクリニック窓口までお持ち下さい（釣り銭のないようにお願いします）。

***主治医の許可がない方は運動教室に参加できません**

掛金・補償内容

| 対象者 | 年間掛金 | 死亡時 傷害保険金額 | 後遺障害 (最高) | 入院 (1日に付) | 通院 (1日に付) |
|-------|--------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| 大人 | 1,850円 | 2,000万円 | 3,000万円 | 4,000円 | 1,500円 |
| 65歳以上 | 1,200円 | 600万円 | 900万円 | 1,800円 | 1,000円 |

多摩センタークリニックみらい院長 藤井仁美

〒206-0033 多摩市落合 1-38

TEL : 042-316-8570

領 収 書

(患者さん控)

氏名 : _____ 様

¥ _____

多摩センタークリニックみらい

〒206-0033 多摩市落合 1-38

TEL : 042-316-8570

担当者 (印)

但、H30年度スポーツ安全保険代として

申し込み用紙

(切り取りクリニック控)

掛金 _____ 円を添えて、H30年度スポーツ安全保険に申し込みます。

| | | | | | |
|-----|----------|------|-------|----|---|
| 氏名 | | 生年月日 | 大・昭・平 | 年齢 | 才 |
| 住所 | 〒 _____ | | | | |
| 自宅☎ | | 本人携帯 | | | |
| 緊急☎ | (本人との関係) | | | | |
| 既往歴 | | 通院先 | | | |
| 服薬名 | | | | | |