

三重県医師会『新・団体医療保険』『傷害総合保険』
加入依頼書

安心サポート制度【傷害総合保険コース】

公益社団法人三重県医師会 御中

申込日		令和 年 月 日		保険期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
申込人 (加入者)	住 所	〒□□□□-□□□□ フリガナ					
	氏 名	フリガナ				電話番号	
		印				職業・ 職種名	医師
	性 別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	*1 年 齢	歳
傷害総合保険 加入型(○で囲む)		個人型 P1 P2		夫婦型 M1 M2	家族型 F1 F2	月額保険料	円
病院・診療所名称							

《下欄はご家族の方が、個々に個人型ご加入時に記入してください》

*2 被保険者	氏 名	フリガナ				加入者との 関係 (○で囲む)	配偶者 子供 親 兄弟姉妹 同居の親族
	性 別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	職業・職種名	
						*1 年 齢	歳
	傷害総合保険 加入型(○で囲む)		個人型 P1 P2		---	---	月額保険料

*2 被保険者	氏 名	フリガナ				加入者との 関係 (○で囲む)	配偶者 子供 親 兄弟姉妹 同居の親族
	性 別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	職業・職種名	
						*1 年 齢	歳
	傷害総合保険 加入型(○で囲む)		個人型 P1 P2		---	---	月額保険料

注意事項

- *1 年齢は保険始期日時点での満年齢となります。
- *2 申込人と被保険者が同一人の場合は、被保険者欄の記入は不要です。
- *3 申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパンのホームページ(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱に同意します。

合計 月額保険料	円
-------------	---