

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【新・団体医療保険コース】

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 2月 1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		
					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
	新・団体医療保険 加入型(○で囲む)		A5 A10 A15	B5 B10 B15	C5 C10 C15	月額保険料	円
病院・診療所名称							

*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	
	職業・職種名						
	性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	*1年 齢	歳
	新・団体医療保険 加入型(○で囲む)		A5 A10 A15	B5 B10 B15	C5 C10 C15	月額保険料	円

*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	
	職業・職種名						
	性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	*1年 齢	歳
	新・団体医療保険 加入型(○で囲む)		A5 A10 A15	B5 B10 B15	C5 C10 C15	月額保険料	円

*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	
	職業・職種名						
	性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	*1年 齢	歳
	新・団体医療保険 加入型(○で囲む)		A5 A10 A15	B5 B10 B15	C5 C10 C15	月額保険料	円

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 新・団体医療保険ご加入については、別途「健康状態に関する告知書」へのご記入・ご署名が必要となります。
- *4 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
-------------	---