

**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				印	電話番号	
	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 親 子供 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 親 子供 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 親 子供 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
-------------	---