

三重県医師会 団体所得補償保険 加入依頼書

公益社団法人三重県医師会 御中

申込日	令和 年 月 日		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。				
申込人 (加入者)	住 所	〒□□□□-□□□□					
		フリガナ					
	氏 名				電話番号		
		フリガナ					
	性 別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	*1 年 齢	歳
*2 被保険者	氏 名				職 業	医師	
		フリガナ					
	性 別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	*1 年 齢	歳
病院・診療所名称							

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。

尚、ご加入に当たりましては、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。

下記内容にて所得補償保険への加入を依頼します。

証券番号			団 体 名	三重県医師会	
保険期間	令和 8 年 1 1 月 1 日から 令和 9 年 1 1 月 1 日まで				
休業補償 プラン ご加入されるプランに ○をおつけください	対象期間 2年	支払対象外期間4日 (入院のみ支払対象外期間0日)	支払対象外期間7日 (入院のみ支払対象外期間0日)	⇒	(加入口数) □
		支払対象外期間4日	支払対象外期間7日		
	対象期間 1年	支払対象外期間4日 (入院のみ支払対象外期間0日)	支払対象外期間7日 (入院のみ支払対象外期間0日)		
		支払対象外期間4日	支払対象外期間7日		
★オプション	代診費用特約		入院初期費用・葬 祭費用補償特約	(事業主費用補償特約) 50万円 100万円	(月額保険料) 円