

所得補償保険 新規加入申込書兼告知書

保険料は団体割引
30%適用

一般社団法人
岡山県歯科医師会 御中
(引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社)

2025 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公式ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

〒		—	
住 所			
フリガナ			
医 療 機 関 名	Tel		
フリガナ	2025 年 10 月 1 日現在		
氏 名	印		
	性別	男 女	生年月日
			昭和 平成
			年 月 日生

<加入口数>

	傷害特約あり	傷害特約なし
標準タイプ	A型 ☐	B型 ☐
24 か月補償タイプ	C型 ☐	D型 ☐
天災補償タイプ	E型 ☐	F型 ☐
入院による就業不能時 充実補償タイプ	G型 ☐	H型 ☐
6 か月補償タイプ	I 型 ☐	J 型 ☐

(注1) C・D型は、加入年齢は満63歳までです。

(注2) 複数の型を組み合わせでご加入のときは該当の型にご記入ください。

※詳細はパンフレットをご参照ください。

毎月岡山県歯科医師会への登録口座より保険料を引去りすることを承諾します。

2枚目の「告知書」を必ずご記入ください。



(告知書の記入例は告知書の裏面にあります。)