

(必ずご返送願います)

所得補償保険継続加入申込書

保険料は団体割引
30%適用

控

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。

岡山県歯科医師会 殿

(引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社)

2025 年 月 日

〒 住所				
フリガナ				
医療機関名	Tel			
フリガナ				
加入者氏名	2025 年 10 月 1 日現在 年齢 満 歳			
性別	☒ 男 ☐ 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日生

(注) 医療機関名が法人の場合は法人名よりご記入ください。

下記①～③のいずれかに○を記入してください。

① 前年通り、下記の内容で継続します。

② 変更して継続します。(変更される場合は、変更箇所を二重線で消し、変更後の内容をご記入ください。)

	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) C・D型は、加入年齢は満 63 歳までです。

※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き去りすることを承諾します。

③ 本保険の継続加入を中止します。

先 生

継続加入に際しお知らせする事項

(1) 現在の加入口数

	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 ☐

(2) 2024 年度契約の月払保険料

円

(3) 2024 年度契約の年間保険料 (2024 年 10 月 1 日～2025 年 10 月 1 日の 12 か月分)

〔A～H型〕※無事故戻しあり	〔I・J型〕※無事故戻しなし
円 (①)	円

(4) 無事故戻し金 △ 円 (①×20%)
(ご指定いただいた口座に 10 月末頃までに振込させていただきます)

メモ欄

(お手元の控え用としてご使用ください)

2025 年 10 月 1 日よりの加入口数	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 ☐

2025 年 10 月 1 日よりの更新保険料	円
-------------------------	---

◆ご注意◆

◎左の継続加入申込書は必ずご返送ください。

◎継続して加入される先生については、12 月に岡山県歯科医師会の登録口座から、本年度月払更新保険料を毎月引去らせていただきます。

◎継続に際しては、パンフレットの月払保険料をご参考ください。