

新・団体医療保険 加入依頼書兼被保険者告知書

一般社団法人岡山県歯科医師会 御中
損害保険ジャパン株式会社 宛

別紙「健康状態に関する告知書」も必ずご記入ください

申込日	年 月 日	
申 込 人	住 漢	〒 - TEL ()
	字	
	所	
	氏 漢	
	名	
性 別	☐ 男 ☐ 女	生年月日 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 歳



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。

【加入者（被保険者）】 以下に加入者名等をご記入ください。

				パンフレット参照のうえ、ご記入ください。					
本人	氏 漢	字	名	ご本人との関係	型（A～E）	口数	先進医療特約	弁護士費用補償	月払保険料
				本人		☐	☐	☐	円
	性 別	☐ 男 ☐ 女	生年月日 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日	歳					
ご家族の方がご加入される場合はご記入ください。									
1	氏 漢	字	名	ご本人との関係	型	口数	先進医療特約	弁護士費用補償	月払保険料
						☐	☐	☐	円
	性 別	☐ 男 ☐ 女	生年月日 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日	歳					
2	氏 漢	字	名	ご本人との関係	型	口数	先進医療特約	弁護士費用補償	月払保険料
						☐	☐	☐	円
	性 別	☐ 男 ☐ 女	生年月日 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日	歳					
3	氏 漢	字	名	ご本人との関係	型	口数	先進医療特約	弁護士費用補償	月払保険料
						☐	☐	☐	円
	性 別	☐ 男 ☐ 女	生年月日 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日	歳					
4	氏 漢	字	名	ご本人との関係	型	口数	先進医療特約	弁護士費用補償	月払保険料
						☐	☐	☐	円
	性 別	☐ 男 ☐ 女	生年月日 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日	歳					

・パンフレット保険料表のA～E型の中から選びください（複数可） ただし、加入者1名につき合計3口限度となります。
・本帳票は加入者連記式帳票です。個人情報各加入者の目に触れる帳票となりますので、取扱いにはご注意ください。
ご加入者・被保険者の了解を得たうえで使用してください。