

FAX : 03 - 6388 - 0153

メール : knisshi@sompo-japan.co.jp

損害保険ジャパン株式会社 御中

公益社団法人日本歯科医師会『休診補償制度』加入依頼書

①申込日 (= FAX・メール送信日)	年 月 日
②所属都道府県歯科医師会	
③会員氏名	印
④会員氏名(フリガナ)	
⑤日本歯科医師会 会員番号 (9桁)	
⑥補償対象歯科診療所名	
⑦補償対象歯科診療所 郵便番号	〒 -
⑧補償対象歯科診療 住所	
⑨電話番号(日中連絡可能な番号)	- -
⑩重要事項等説明	<input type="checkbox"/> パンフレット (= 重要事項等説明書) の内容に同意する

「レ(チェック)」してください。

(★⑪～⑬は、会員が医療法人に所属している場合に、ご記入ください。)

⑪所属医療機関名	
⑫代表者役職	
⑬代表者氏名	

(★⑭～⑰は、会員以外の方が連絡窓口になる場合に、ご記入ください。)

⑭担当者所属部署名	
⑮担当者役職	
⑯担当者氏名/フリガナ	/
⑰担当者電話番号	- -

⑱ご加入希望タイプ ※いずれかのプランを1つご選択ください。	私は以下、プランAまたはプランBに申込みます。 <input type="checkbox"/> プランA 保険料12,000円 期間中補償(保険)金額25万円 <input type="checkbox"/> プランB 保険料49,800円 期間中補償(保険)金額120万円
-----------------------------------	--

⑲ご希望の保険期間を以下の中から1つご選択ください。(※保険始期が申込日以降の期間のみ選択可能です。)
<input type="checkbox"/> 2022年1月31日午後4時から2023年1月31日午後4時まで1年間
<input type="checkbox"/> 2022年2月28日午後4時から2023年2月28日午後4時まで1年間
<input type="checkbox"/> 2022年3月31日午後4時から2023年3月31日午後4時まで1年間

<個人情報の取扱い>

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な同意を得たうえ、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。