

FAXにてご送付ください。
株式会社 メディコ北海道 FAX番号：011-210-7172

株式会社 メディコ北海道 御中
一般社団法人 北海道医師会 御中
損害保険ジャパン株式会社 御中

弁護のちから 加入依頼書 ・ 変更依頼書

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。

申 込 日	年 月 日
-------	-------

会 員 氏 名 (加 入 者)	〒 —	TEL ()
	住所(フリガナ)	
	(漢字)	
	※加入者証の送付先となります。	
	氏名(フリガナ)	医 籍 登 録 番 号
	(漢字)	(印)
生年月日	大・昭・平	年 月 日
年齢	歳	性別 男 ・ 女

被保険者(補償の対象となる方)	ご加入コース
会員本人	エコノミープラン ベーシックプラン プレミアムプラン + オプション

他 の 保 険 契 約 等	●他の保険契約(傷害保険契約等)がある場合にご記入ください。 【保険会社 保険種類 保険金額】
	●過去3年以内に傷害保険金(1事故5万円以上)を請求または受領したことがある場合にご記入ください。 【保険会社 回数 合計額】

保 険 料 の 払 込 方 法	●下記のうち、該当する番号に○印をしてください。 1. 国民健康保険診療報酬から控除願います。 [医 療 機 関 名 : 医療機関コード:]
	2. 私の指定する銀行口座から控除願います。 (本会から手続き用紙を送付します。)