

**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
-------	-------

<b>会 員 氏 名 (加入者)</b>	〒 -	TEL ( )
	住所(フリガナ)	
	住所(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
	氏名(漢字)	(印)
生年月日	大・昭・平	年 月 日
年齢	歳	性別 男 ・ 女

<b>被保険者(補償の対象となる方)</b>	<b>ご加入コース</b>
<b>会員本人</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 10px; margin: 5px;">エコノミープラン</p> <p style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 10px; margin: 5px;">ベーシックプラン</p> <p style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 10px; margin: 5px;">プレミアムプラン</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">+</div> <div style="text-align: center;"> <p style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 10px; margin: 5px;">オプション</p> </div> </div>

<b>他の保険契約等</b>	<p>●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。</p> <p>【保険会社 保険種類 保険金額】</p> <p>●過去3か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。</p> <p>【保険会社 回数 合計額】</p>
----------------	--

<b>保険料の払込方法</b>	<p>●下記のうち、該当する番号に○印をしてください。</p> <p>1. 国民健康保険診療報酬から控除願います。 [ 医 療 機 関 名 : ]</p> <p style="margin-left: 100px;">[ 医 療 機 関 コード : ]</p> <p>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。)</p>
-----------------	--