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）		
	〒　　ー	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。 【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。）