

令和7年10月17日

休診補償制度（所得補償保険）

加入者各位

宮城県歯科医師協同組合

## 『休診補償制度（所得補償保険）』の継続・変更のお知らせ（ご案内）

時下、ますますのご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は本組合の業務運営に格別のご支援・ご協力を賜わり厚くお礼を申し上げます。

さて、現在ご契約中の『休診補償制度（所得補償保険）』の更新時期（令和7年12月1日）が近づいて参りましたのでお知らせ致します。

つきましては、更新内容を「団体契約加入依頼書（お客様控）」にてご確認の上変更する場合は、別添「変更依頼書」にご記入し、令和7年11月5日（水）までFAX（022-222-6030）にてご返送くださいますようお願い申し上げます。

なお、「団体契約加入依頼書（お客様控）」に記載されている通りの補償内容でご継続される場合は手続きの必要はございません。

記

1. 団体契約加入依頼書（お客様控）
2. 更新時ご確認ポイント
3. 変更依頼書
4. パンフレット

※パンフレットに記載のない補償内容への加入者様は、保険課までお問合せをお願いいたします。

※ご加入口数によって（歯科医師は10口を超える場合）、保険金のお支払時に所得証明のご提出をもとめられます。詳しくは、パンフレット P③の左下に記載されている部分をご確認ください。

※【ご注意】「平均月間所得額 P⑮」が保険金額より小さい場合は、「平均月間所得額」が保険金として支払われます。加入口数（補償の保険金額の設定）については、パンフレットの4ページ及び13ページを参照しご検討いただく必要があります。適正な加入口数となっているか、ご確認をお願いいたします。

※[お客様控]通信欄に記載のある以下の文言は、システム表記されるためご契約内容とは関係ありません。

- ・「70 サイジ ヨウバアイゼンネト ウジ ヨウケンコースニコ カニューテ キマセン」
- ・「テンポ キン 24（または 12） カゲ ツチヨウ ノコースニハコ カニューイタダ ケマセン」

以上

宮城県歯科医師協同組合 保険課  
〒980-0803 仙台市青葉区国分町 1-5-1  
TEL：022-716-7217 FAX：022-222-6030