

令和 8 年 2 月 1 0 日

組合員 各位

宮城県歯科医師協同組合

「団体傷害総合保険」更新ならびに加入のご案内

平素より本組合運営にあたりまして格別のご理解とご協力を賜わり厚くお礼申し上げます。さて、「団体傷害総合保険」の更新時期(令和8年3月1日満期)が近づいて参りましたのでお知らせ致します。

既にご加入の先生は、別添「団体傷害総合保険加入依頼書(お客様控)」にて印字内容をご確認いただき、同内容でご継続の場合手続きが不要となります。

また、新規申込及び変更手続き等ご希望される場合は、宮城県歯科医師協同組合行「団体傷害総合保険手続依頼書」に記入の上、FAX(022-222-6030)にてご送信くださいますようお願い申し上げます。同封のパフレットには申込締切日は、2月13日(金)と記載されておりますが、2月末日まで協同組合保険課では申込を受付いたしますので、組合員の先生方にはふるってお申込みいただきますようお願い申し上げます。

また、それ以降の新規加入・保険内容の変更につきましても随時対応いたしますので、保険課までご連絡をよろしく願いいたします。



宮城県歯科医師協同組合 保険課 行 【FAX:022-222-6030】

団体傷害総合保険手続依頼書

前年同条件でご継続の場合は返信不要です

申込者(TEL:) 氏名(姓) 生年月日 性別 職業

〒 番 区 町 丁目 番 号

加入対象者(複数可)

加入者	氏名	性別	職業	生年月日	加入タイプ	備考
会 員	本人	男	歯 医	2020.03.15	初 期	
家 族	妻	女	専 業	2020.03.15	初 期	
家 族	子	男	学 生	2022.03.15	初 期	
家 族	子	女	学 生	2023.03.15	初 期	
他 者	妻	女	専 業	2020.03.15	初 期	
他 者	子	男	学 生	2022.03.15	初 期	
他 者	子	女	学 生	2023.03.15	初 期	

※この申込書は、ご希望の加入タイプを選択してください。
 ※年齢が18歳未満の子供は、ご加入の際は、ご加入の親がご加入の同意書にサインしてください。
 ※ご加入される方の年齢によっては、加入タイプが制限されている場合があります。

保険料 前年同条件(1)以上の金額
 加入者 加入者ごとの加入タイプ

3月分の保険料は4月に引去りいたします。

※詳しくは別添パンフレットをご覧ください。

ご加入・ご変更の提出期限：令和8年2月27日(金)

【問い合わせ先】 宮城県歯科医師協同組合 保険課 TEL:022-716-7217