各 位

◇◇◇ 宮城県歯科医師協同組合からのお知らせ ◇◇◇

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
日頃より当組合の事業にご理解とご協力を賜り厚く御礼を申し上げます。
今回組合員の皆様にぜひご確認いただきたい内容をご案内いたしますのでご一読ください！

～ ご加入中の保障内容、この機会に確認してみませんか？ ～

本組合では、組合員の先生が宮城県歯科医師会を通じて加入されている各種共済および団体契約保険について、現在ご加入中の内容を一覧化し、詳細をご説明する取り組みを行っております。
保障内容は、先生のライフステージに応じて適応させていく必要があります。
この機会に、ぜひ一度ご加入中の保障内容をご確認いただければ幸いです。
保険内容の一覧をご希望の際は、下記の「各種共済等説明依頼書」にご記入のうえ、FAX にてお申し込みください。
また、訪問での説明をご希望の場合は、後日、日程を調整のうえ担当者が訪問いたします。

〇このような心配はございませんか？〇

・入院や自宅療養したらいくら保証されているのか？
・死亡したらいくら保証されているのか？
・いつまで保証されているのか？

各種共済等説明依頼書

組合員氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ご連 絡 先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
訪問説明希望　　有　　無　※いずれかに〇印を記入下さい

お問い合わせ：宮城県歯科医師協同組合 保険課
FAX：022-222-6030　TEL：022-716-7217