

*記入日が未記入の場合は、受付日とします。

日本医師会 御中		太枠内は必ずご記入ください。		記入日	令和	年	月	日
フリガナ		印		医籍登録番号 (証券番号)	第			号
加入者氏名 (被保険者名)				生年月日	昭和 平成	年	月	日
所属医師会	都道府県	市区町村		大学				

◆該当する項目に○をつけてください。(複数可)

☐ 基本保険料払込方法の変更	* 保険料の金額・払込方法を変更する場合 下記の1、2、3をご記入ください。
☐ 毎月の加算保険料を増やす	* 振込から口座振替に変更する場合 下記の1、2、3、4をご記入のうえ、必ず2枚目に銀行届印をご捺印ください。
☐ 毎月の加算保険料を減らす	
☐ 口座の変更	下記の4をご記入のうえ、必ず2枚目に銀行届印をご捺印ください。

*振替口座が医師信用組合の場合は、変更の有無にかかわらず、1、2、3、4すべての項目をご記入のうえ、必ず2枚目に銀行届印をご捺印ください。

1 基本保険料の払込方法

A・B・Cのいずれかを○で囲んでください。
65歳以上(延長期間中)の場合は、ご記入不要です。

A	月払	12,000円
B	年払	138,000円
C	一括払	年齢に応じた金額

(参考) 現在の保険料

基本保険料 一括払・年払・月払 12,000円
毎月の加算保険料 0,000円
毎月の保険料合計額 0,000円

2 毎月の加算保険料

				0	0	0
--	--	--	--	---	---	---

(6,000円の整数倍)

記入方法

- * 変更がある場合 → 増額後又は減額後の毎月の加算保険料
- * 毎月の加算保険料を中止する場合 → 記入欄に斜線

3 毎月の保険料合計額

				0	0	0
--	--	--	--	---	---	---

(6,000円の整数倍)

記入方法

- * 基本保険料「A 月払」の場合 → 12,000円 + 毎月の加算保険料
- * 基本保険料「B 年払」又は「C 一括払」の場合 → 毎月の加算保険料のみの金額
- * 65歳以上(延長期間中)の場合 → 毎月の加算保険料のみの金額
- * 毎月の加算保険料を中止(基本保険料のみ)の場合

4 振替口座の指定

振替口座は、加入者ご本人の個人名義をご指定ください。

振替口座のための預金者氏名・銀行等							
フリガナ							2枚目に 銀行届印 捺印
預金者氏名							
銀行名							(銀行) (医師信用組合) (信用金庫)
支店名							(本店) (支店) (出張所)
預金種類	普通	当座	口座番号 (右づめ)				

*基本保険料を月払から年払に変更した場合

8月16日～9月15日：当年10月末から口座振替
上記以外の期間：初回の基本保険料は振込用紙により
お振込み、直近10月末から口座振替

依頼書受領の時は当欄に 行印を捺印ください。	振替銀行使用欄
---------------------------	---------