

日本医師会 御中

*被保険者と加入者は同一となります。

フリガナ		印鑑証明書の 印(鮮明に)		記入日	令和 年 月 日
加入者氏名 (被保険者名)*				医籍登録番号 (証券番号)	第 号
フリガナ				生年月日	昭和 平成 年 月 日
住所 (住民票住所)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	都道府県		(TEL - -)	
フリガナ	住所と同一の場合、記入不要				
郵便物 送付先 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	都道府県		(TEL - -)	
所属医師会		都道府県		郡市区 大 学	

▶ 育英年金を希望される方のみ全項目ご記入ください。

育英年金	年金月額	金 額	0 0 0 0 円	(千円単位でご指定ください。)
	給付期間	4年 7年 10年	(いずれかをご指定ください。)	

▶ 傷病年金を希望される方のみ全項目ご記入ください。

傷病年金	年金月額	金 額	0 0 0 0 円	(1万円単位でご指定ください。)
	給付期間	2年 3年 4年 5年	(いずれかをご指定ください。)	

保険料は、育英年金・傷病年金を受給後も変更手続をされない限り従来どおりの金額を引き続き口座振替いたします。保険料の変更をご希望の方は、変更届を併せてご提出ください。

▶ 受取口座指定欄 育英年金・傷病年金のお受取りには、毎月の保険料振込口座を指定されると便利です。

銀行振込 (ゆうちょ銀行以外)	銀行	本店 支店 出張所
	普通 当座	口座番号(右づめで記入)
	貯蓄預金口座は指定できません。	
	口座名義(加入者ご本人の個人名義口座)	
	フリガナ	
預金者氏名		

*送金番号ではなく通帳の記号と番号をご記入ください。
*通常貯金口座に限ります。

ゆうちょ銀行振込	記号	番号(右づめで記入)
	1 0 -	
	口座名義(加入者ご本人の個人名義口座)	
	フリガナ	
	預金者氏名	

日本医師会使用欄

添付書類 加入者ご本人の印鑑証明書の原本(3ヶ月以内に発行されたもの) 1通

注意事項 月末までに日本医師会宛ご提出の場合、翌月より毎月27日頃の送金となります。