

ドクターズコープP&P 加入申込書

(拠出型企業年金保険＋一時払退職後終身保険)

名古屋市医師会協同組合 御中

加入案内用資料を読み、重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容、個人情報の取扱いおよび申込内容が自らの意向(ニーズ)に沿ったものであることを確認・同意のうえ、契約者あて当制度への加入を申し込みます。

申込日 令和 年 月 日

お 申 込 者	フリガナ		性 別
	加入者氏名		男 ・ 女
	生年月日	昭 平 年 月 日 生	
	住 所	〒 _____ _____ _____	
	勤務先 病院名		TEL ()-()-()
	告 知	現在健康に就業して いる ・ いない	

お 申 込 内 容	ご加入年月日	令 和 年 月 1 日			
	新 規 増 口	一般コース	月 払	<input type="checkbox"/>	0,000円
			一時払	<input type="checkbox"/>	0,000円
	新 規 増 口	税適コース	月 払	<input type="checkbox"/>	0,000円
一時払			<input type="checkbox"/>	0,000円	

個人コード		取扱生保名	
-------	--	-------	--