

記入例

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	イ キョウ タ ロウ	性別
	加入者氏名	医 協 太 郎	<input checked="" type="radio"/> 男 女
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭 ・ 平 ○○年 ○○月 ○○日 生	
	住 所	〒461-0004 名古屋市東区葵1-18-14 TEL (052) - (937) - (7832)	
	勤務先 病院名	名医協病院	
	告 知	現在健康に就業して <input checked="" type="radio"/> いる ・ <input type="radio"/> いない	

※加入月：《月払》年4回 3. 6. 9. 12月の各1日 《一時払》年2回 6. 12月の各1日
→申込締切日：10. 1. 4. 7月の各月10日 加入日：翌々月の1日

お 申 込 内 容	ご加入年月日	令和 ○年 ※○月 1日			
	<input checked="" type="radio"/> 新 規 増 口	<input checked="" type="radio"/> 一般コース	<input checked="" type="radio"/> 月 払	1 口	10,000円
			<input checked="" type="radio"/> 一時払	10 口	100,000円
		<input checked="" type="radio"/> 税適コース	<input checked="" type="radio"/> 月 払	2 口	20,000円
			一時払	口	0,000円

個人コード		取扱生保名	
-------	--	-------	--