

埼玉医科大学医学部同窓会 ドクター総合補償制度 加入依頼書

加入申込票（付属書類を含みます。）には事実を正確にご回答（記入）ください。

※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえ、ご回答（記入）ください。

※全ての欄をご記入ください。

加入申込日（西暦）				年	月	日	No.	（※記載不要）	
（申込人） 記名被保険者	保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取り、内容について確認するとともに個人情報情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。		氏名	フリガナ			保険期間		
							2025年 6月 1日 から		
							2026年 6月 1日 まで		
				中途加入の場合					
	メールアドレス（携帯・PC）	@					年 月 日 から		
						2026年 6月 1日 まで			
	郵便番号	〒	—	電話番号（連絡先）	自宅	—		—	
				携帯	—		—		
	住所	フリガナ							
		(ご自宅)	《漢字》						
生 年 月 日						満年齢	卒業年度	性別	
S 昭和 H 平成 年 月 日						才	年度	男 1 女 2	

↑ 2025年6月1日現在の満年齢

【ご希望の補償プランの契約タイプに○をつけてください。すべてのプランとも月払い口座引き落としです。】

A:長期所得補償プラン 傷害+長期所得契約(GLTD) 契約タイプ/保険料

	10万円プラン		20万円プラン		30万円プラン	
年齢	男性	女性	男性	女性	男性	女性
満20～満24歳	2,914	2,572	3,978	3,295	5,042	4,017
満25～満29歳	2,970	2,804	4,091	3,758	5,211	4,712
満30～満34歳	3,087	3,149	4,324	4,448	5,560	5,747
満35～満39歳	3,406	3,817	4,961	5,784	6,517	7,751
満40～満44歳	4,265	5,136	6,679	8,423	9,094	11,709
満45～満49歳	5,585	6,875	9,320	11,900	13,055	16,925
満50～満54歳	7,758	9,224	13,666	16,598	19,574	23,973
満55～満59歳	10,186	11,003	18,523	20,155	26,859	29,308
満60～満64歳	11,336	10,827	20,822	19,805	30,308	28,782
満65～満69歳	9,919	8,725	17,989	15,599	26,058	22,474

※他の保険等	この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。（ありのときは右欄に記入。）記入がない場合は「なし」となります。	保険会社	保険金額・支払い限度額	
		保険種類	万円	
			過去3年間における事故	
			あり → ありの場合 回	

上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

【ご希望の補償プランの契約タイプに○をつけてください。】

B:所得補償プラン 傷害+所得 契約タイプ/保険料

	10万円プラン	20万円プラン	30万円プラン
年齢	共通	共通	共通
満20～満24歳	2,600	3,350	4,100
満25～満29歳	2,710	3,570	4,430
満30～満34歳	2,910	3,970	5,030
満35～満39歳	3,170	4,490	5,810
満40～満44歳	3,500	5,150	6,800
満45～満49歳	3,820	5,790	7,760
満50～満54歳	4,130	6,410	8,690
満55～満59歳	4,260	6,670	9,080
満60～満64歳	4,390	6,930	9,470
満65～満69歳	4,390	6,930	9,470

C:総合補償プラン 傷害+所得+長期所得契約(GLTD) 契約タイプ/保険料

	10万円プラン		20万円プラン		30万円プラン	
年齢	男性	女性	男性	女性	男性	女性
満20～満24歳	3,664	3,322	5,478	4,795	7,292	6,267
満25～満29歳	3,830	3,664	5,811	5,478	7,791	7,292
満30～満34歳	4,147	4,209	6,444	6,568	8,740	8,927
満35～満39歳	4,726	5,137	7,601	8,424	10,477	11,711
満40～満44歳	5,915	6,786	9,979	11,723	14,044	16,659
満45～満49歳	7,555	8,845	13,260	15,840	18,965	22,835
満50～満54歳	10,038	11,504	18,226	21,158	26,414	30,813
満55～満59歳	12,596	13,413	23,343	24,975	34,089	36,538
満60～満64歳	13,876	13,367	25,902	24,885	37,928	36,402
満65～満69歳	12,459	11,265	23,069	20,679	33,678	30,094

※ 他の 契約 等 の 保 険	この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(ありのときは右欄に記入。)記入がない場合は「なし」となります。	保険会社	保険金額・支払い限度額	
			万円	
		保険種類	過去3年間における事故	
			あり → ありの場合 回	

上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。