

総合歯科医休業補償制度 (所得補償保険)

医師賠償責任保険

異動承認請求書

歯科医院経営研究会

損害保険ジャパン株式会社 御中

記入日

以下のとおり異動承認請求致します。(西暦) 年 月 日

処 理 欄	医	賠							
	有	無							

加入者および被保険者は募集文章または損害保険ジャパンのホームページ(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します

保険契約者 住所・氏名変更の場合 ▶ 住所
必ず旧住所・旧氏名で
ご記入下さい。

印鑑は
シャチハタ以外で
押印下さい。

氏名



被保険者 契約者と異なる場合 ▶ 住所
みご記入・ご捺印下さい。

印鑑は
シャチハタ以外で
押印下さい。

氏名



▼ 以下1~6および①、②を選択し、○印で囲って下さい。

異動事項 1. 住所変更 (① 保険契約者、② 被保険者)

フリガナ
(新住所)

(TEL)

2. 氏名変更 (① 保険契約者、② 被保険者)

フリガナ
(新氏名)



または



←シャチハタ以外

3. 満期退会 退会希望保険に○をつけて下さい。

(西暦) 年 7月 1日付にて、総合歯科医休業補償制度 (所得補償保険・医賠償責任保険・その他 ()) を退会致します。

4. 中途退会

①(西暦) 年 月 1日付にて、総合歯科医休業補償制度 (所得補償保険) を退会致します。ついては最終月 月分掛金 円は、 月 5日銀行口座よりの自動引落しにてお支払い致します。

②(西暦) 年 月 1日付にて、医師賠償責任保険を退会致します。ついては最終月 月分掛金 円は、 月 5日銀行口座よりの自動引落しにてお支払い致します。

◀ 退会の請求は、本請求書が退会前月 20日までに到着したものに付き、翌月 1日 (午後 4時) 付にて退会扱いとなります。(ただし掛金のお支払いは退会月の 5日請求分が、最終となりますのでご注意ください。)
例) 3月 20日到着 4月 1日退会 : 4月 5日請求分が最終となります。

5. 支払い金融機関変更

別紙預金口座振替依頼書にて、(西暦) 年 月 5日請求分より口座を変更致します。

◀ 支払い口座の変更は毎月 20日到着、翌々月 5日より新口座への請求となります。

6. 補償月額減額変更

(西暦) 年 月 1日付にて、 万円から 万円に減額致します。

7. その他

【異動承認請求書による変更手続き】

- ① 加入者（保険契約者）または被保険者（保険の対象となる方）の住所（法人の場合本店所在地）に変更ある場合
⇒異動事項の「1. 住所変更」欄に新住所のご記入と「保険契約者」欄に住所（変更前の旧住所）、氏名ご記入・捺印ください。
- ② 加入者（保険契約者）または被保険者（保険の対象となる方）の氏名（個人から法人成りの場合を含みます）に変更ある場合
⇒異動事項の「2. 氏名変更」欄に新氏名（法人の場合、法人名と代表者氏名）のご記入・ご捺印と、「保険契約者」欄に住所・氏名（変更前の旧氏名）ご記入・捺印ください。
- ③ 7月1日更改期日で満期退会される場合
⇒異動事項の「3. 満期退会」欄の3. に○印のうえ、「保険契約者」欄に住所・氏名ご記入・捺印ください。
- ④ 毎月保険料等のお支払い金融機関の変更を希望される場合
⇒異動事項の「5. 支払い金融機関変更」欄の5. に○印のうえ、「保険契約者」欄住所・氏名ご記入・捺印、ならびに預金口座振替依頼書に必要事項記入・捺印（銀行取引印で2カ所）ください。
- ⑤ 毎月補償月額の増・減額、各種特約の追加・削除などご希望の場合
⇒内容により必要手続きが異なります。お手数ですが、(株) ジャパンデジタル担当店までご連絡ください。個別ご希望内容に応じご案内させていただきます。