

FAX : 0 7 8 - 2 7 1 - 1 0 3 9

加入希望書（兼FAX送信票）

お見積り・ご相談をご希望の場合は、下記項目をご記入のうえ、
FAX（078-271-1039）にてご送付ください。
担当者よりご連絡させていただきます。

フリガナ		性別	男性	・	女性
お名前		生年月日	西暦	年	月 日
医療機関名					
ご連絡先	どちらかご連絡のつきやすい方をお書きください。 TEL： ご自宅 ・ 診療所				
ご自宅	〒 TEL：				



ご希望の口数に○印を入れてください。

1 □

2 □

3 □

※ 4月1日時点での満年齢

満 年 齢		(単位:円)		
		1口	2口	3口
18～24歳	月 払 保 険 料	1,000		
25～29歳		1,200	2,400	3,600
30～34歳		1,300	2,600	3,900
35～39歳		1,500	3,000	4,500
40～44歳		1,600	3,200	4,800
45～49歳		1,800	3,600	5,400
50～54歳		2,000	4,000	6,000
55～59歳		2,500	5,000	7,500
60～64歳		3,000	6,000	9,000
65～69歳		4,000	8,000	12,000
70～74歳		5,500	11,000	16,500
75～79歳		7,000	14,000	21,000
80～84歳		9,500	19,000	
85～89歳	12,000			

その他、ご希望などございましたら、ご記入ください。

(お問い合わせ先)

兵庫県医師協同組合

T651-0086

神戸市中央区磯上通3丁目2番17号 兵医信本店ビル5階

TEL : 078-271-1010

FAX : 078-271-1039

【個人情報の取扱いについて】

上記でご記入いただきました事項は、保険商品や保険に関する各種案内に使用させていただきます。なお、ご案内を作成するために必要な範囲内でご記入いただいた事項は、保険会社に提供することを同意のうえでご記入ください。