

新規加入の場合は以下の項目を必ずご記入ください

【ご記入が必要な項目】

- ①ご記入日（加入依頼日）
- ②ご捺印
- ③ご希望のお手続き
- ④加入する方の情報
- ⑤ご希望のタイプ
- ⑥1人あたりの月額合計保険料

E 日整連A (No. _____)		東京海上日動火災保険株式会社 <small>保険会社認定印刷</small>	
加入のお申込みをされるお客様(ご加入者)	ご記入日 (加入依頼日) <small>(必ずご記入ください)</small>	令和 7 年 3 月 10 日	7 年 4 月 1 日~令和 8 年 4 月 1 日
	番号	106-6117	電話番号 03-3264-1234
	会社名	トキョウトミナトクロツボ`ンギ`6-10-1	
	住所	東京都港区六本木6-10-1	
保険の対象となる方(被保険者)	お名前	カ ナ カオアシモータース ダ`ヒョウトリ`マヤク セバ`ケン	
	ご署名	(株)オアシスモータース 代表取締役 清美 健	
	ご捺印	印	
	ご希望のお手続き (1~5のいずれかに○)	<input checked="" type="radio"/> 1 新規に加入 <input type="radio"/> 2 加入内容変更 <input type="radio"/> 3 被保険者明細追加 <input type="radio"/> 4 本被保険者明細は更新しない <input type="radio"/> 5 全員更新しない	
保険料	ご加入者 本人のお名前	カ ナ アシ`ゴロウ	★生年月日 49 年 10 月 4 日
	ご加入者 ご住所	安 心 五 郎	★性別 <input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
	ご加入者 ご住所	〒 _____	加入者からみた続柄 (ご配偶) 12
	ご希望のタイプ	1 医療 X1 2 がん Y	★被保険者本人からみた要保人の続柄 <input checked="" type="radio"/> 専任 <input type="radio"/> 兼任
回答記入欄	補償のタイプ・年齢に応じた保険料を パンフレットで確認の上ご記入ください		被保険者・1 割分保険料 _____ 円 加入者・1 割分合計保険料 _____ 円
	医療料費 月別 1 あり 2 あり		がん補償 月別 1 あり 2 あり
	★被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	色知日(ご記入日) 令和 7 年 3 月 10 日 被保険者本人または 親権者・養育人等 (日 押) 安 心 五 郎		
旧加入者証券番号 _____ 記明帳番号 _____ 営業店 1333 公認1東京公認 代理店/仲立人 0507 (一財)全国中小企業共済財団 契約者(団体) SX039 日整連A AN0015612-03/06 AA1N-0003245			