

# 「団体保険」 ご加入希望書

<ご提出締切日> 10月26日(金)

<ご提出先> 株式会社 近江屋 宛 FAX 06-6204-2376

★必要事項をご記入のうえFAXでお送りください。後日、近江屋より申込書をお送りいたします。

氏名	フリガナ		メールアドレス	
会社名	ご所属 部課名			
社員番号	携帯電話番号			

★団体傷害保険 ご希望の補償に下記  にレ点 ご記入ください。(パンフレットP.3～P.6参照)

問合わせ先: 株式会社近江屋 フリーダイヤル TEL: 0120-61-0038 営業1部

## ケガ補償コース

基本  
セット

セット名	TS	S	W	TP	P	TF	F
月額保険料	500円	470円	220円	1,010円	920円	1,980円	1,840円
ご希望のチェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



オプション

個人賠償責任							
セット名		6	6		5		5
月額保険料		100円	100円		100円		100円
ご希望のチェック		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
携行品損害							
セット名		3	2		1		
月額保険料		180円	210円		270円		
ご希望のチェック		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
傷害家事代行費用							
セット名		設定なし		4	4	4	4
月額保険料				80円	80円	80円	80円
ご希望のチェック				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 交通傷害コース

基本

セット名	KB	KA	KF	
月額保険料	170円	250円	650円	
ご希望のチェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



オプション

個人賠償責任			
セット名	7		8
月額保険料	100円		
ご希望のチェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 病気補償コース

基本  
セット

病気補償 K2コース	ご希望のチェック	K2
		<input type="checkbox"/>

オプション

9	個人賠償責任	10	携行品損害
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

## 親介護補償の保険

親介護補償 K1	ご希望のチェック	本人傷害	親御様の補償		
	<input type="checkbox"/>		お父様年齢	歳	お母様年齢

