

「団体保険」 ご加入希望書

<ご提出締切日> 11月 5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	社員番号	メールアドレス
会社名		ご所属 部課名	
生年月日	西暦 年 月 日	携帯電話番号	- -

ケガ補償コース ★ご希望の補償に下記□に レ点 と口数をご記入ください。(パンフレットP3～P5ご参照)

基本セット	セット名	シングルタイプ(個人型)			カップルタイプ(夫婦型)		ファミリータイプ(家族型)	
		TS	W	S	TP	P	TF	F
保険金額	被保険者	本人			本人・配偶者共通		本人・配偶者・親族共通	
	傷害死亡・後遺障害		200万円	90万円		100万円		100万円
	傷害入院日額			1,600円		1,600円		1,600円
	傷害手術保険金			入院日額の10倍or5倍		入院日額の10倍or5倍		入院日額の10倍or5倍
	傷害通院日額	2,100円		1,140円	2,100円	1,090円	2,110円	1,100円
月額保険料		550円	220円	510円	1,050円	950円	1,920円	1,810円
ご希望のチェック		<input type="checkbox"/>						
ご希望の口数		()口						



オプション	セット名	6		5	
		日常生活賠償保険金額	3億円	3億円	3億円
月額保険料	130円	130円	130円	130円	
ご希望のチェック		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

オプション	セット名	3		2		1	
		携行品損害保険金額(免責3,000円)	30万円	30万円	30万円	30万円	
月額保険料	300円	360円	460円				
ご希望のチェック		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

オプション	セット名	LS		LP		LF	
		弁護士費用等保険金額	300万円	300万円	300万円		
法律相談費用保険金額	10万円	10万円	10万円				
月額保険料	230円	230円	230円				
ご希望のチェック		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

交通傷害コース

基本セット	セット名	シングルタイプ(個人型)		ファミリータイプ(家族型)	
		KB	KA	KF	
保険金額	被保険者	本人		本人・配偶者・親族共通	
	傷害死亡・後遺障害	500万円	150万円	150万円	
	傷害入院日額		2,500円	2,500円	
	傷害手術保険金		入院中の手術は傷害入院日額の10倍、それ以外は傷害入院日額の5倍		
	傷害通院日額		1,800円	1,700円	
月額保険料		140円	270円	650円	
ご希望のチェック		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ご希望の口数		()口	()口	()口	



オプション	セット名	7		8	
		日常生活賠償保険金額	3億円	3億円	3億円
月額保険料	130円	130円	130円		
ご希望のチェック		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

オプション	セット名	LKA		LKF	
		弁護士費用等保険金額	300万円	300万円	300万円
法律相談費用保険金額	10万円	10万円	10万円		
月額保険料	230円	230円	230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

※年齢と口数をご記入ください

オプション

病気補償 K2コース	ご希望のチェック	K2	才()口	+	9	個人賠償責任	10	携行品損害
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

親介護・本人介護補償の保険

★ご希望の補償に下記□に レ点と年齢をご記入ください。

(パンフレットP6～P9ご参照)

親介護一時金(親介護) 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

介護一時金(本人介護) H2	ご希望のチェック	本人傷害	ご本人様の補償	
			<input type="checkbox"/>	ご本人様年齢

問合わせ先: 株式会社近江屋 フリーダイヤル 0120-61-0038