

「団体保険」 ご加入希望書

<ご提出締切日> 11月 4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	— —

★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～P11ご参照)

ケガ補償コース

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)		特定感染症補償タイプ	
		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		本人	
	傷害死亡・後遺障害	200万円		100万円	100万円	100万円	100万円	100万円	
	傷害入院日額	1,500円		1,500円	1,500円	1,500円	1,500円	1,500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	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	1,200円	1,200円	2,100円	1,200円	2,100円	1,200円	1,250円
月額保険料		580円	240円	570円	1,100円	1,050円	2,000円	1,960円	600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		5		T6	
		日常生活賠償保険金額	3億円		3億円		3億円		3億円
月額保険料		130円		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"/>	<input type="checkbox"/>

オプション	セット名	3		2		1		T3
		携行品損害保険金額(免責3,000円)	30万円		30万円		30万円	
月額保険料		320円		380円		490円		320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	LS		LP		LF		T6
		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		10万円
月額保険料		240円		240円		240円		240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	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	200万円	200万円	
	傷害入院日額	3,000円		3,000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		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	2,500円		2,500円	
月額保険料		150円	400円	970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
月額保険料		130円		130円	
ご希望のチェック		<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
法律相談費用保険金額		10万円		10万円	
月額保険料		240円		240円	
ご希望のチェック		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

★ご希望の補償に下記□に レ点と年齢をご記入ください。

親介護・本人介護補償の保険

(パンフレットP13～P16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 歳	お母様年齢 歳

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 歳	

問合わせ先: 株式会社近江屋 フリーダイヤル 0120-61-0038