「団体保険」　ご加入希望書

＜ご提出締切日＞　10月２０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	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ
会社名		ご所属　部課名	
生年月日	西暦　　年　　月　　日	携帯電話番号	ー　　ー

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～Ｐ11ご参照 ）

基本セット

		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）	
セット名		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	100万円		100万円		100万円
	傷害入院日額			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
	傷害通院日額	2,100円		1,200円	2,100円	1,200円	2,100円	1,200円
月額保険料		580円	240円	570円	1，100円	1，050円	1，990円	1，960円
ご希望のチェック		□	□	□	□	□	□	□
ご希望の口数		（　）口	（　）口	（　）口	（　）口	（　）口	（　）口	（　）口

＋

オプション

日常生活賠償オプション

セット名		6	6		5		5
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
ご希望のチェック		□	□		□		□

携行品損害オプション

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
月額保険料	320円	380円	490円
ご希望のチェック	□	□	□

弁護士費用オプション

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	240円	240円	240円
ご希望のチェック	□	□	□

交通傷害コース

基本セット

		シングルタイプ（個人型）		ファミリータイプ（家族型）
セット名		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	
	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		□	□	□
ご希望の口数		（　）口	（　）口	（　）口

＋

オプション

日常生活賠償オプション

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	□	□

弁護士費用オプション

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	□	□

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Ｐ12～Ｐ16ご参照 ）

	ご希望のチェック	本人傷害	親御様の補償
親介護一時金（親介護）K1	□		お父様年齢　　歳 お母様年齢　　歳

	ご希望のチェック	本人傷害	ご本人様の補償
介護一時金（本人介護）H2	□		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**