＊　　申込日　　年　月　　日

（有）香川互助サービス　行
FAX087-837-9490

＊ご記入ください

レクリエーション保険申込受付

＊	契約者　漢字		
＊		＊代表・会長・担当・（　　）	
＊	契約者　カナ		
＊	住所　漢字		
＊	住所　カナ		
＊	☎		
＊	保険期間	平成　　年　　月　　日	
＊	被保険者数	人	
＊	種目		
＊	保険金額	死亡・後遺症	万円
＊		入院（日額）	円
＊		通院（日額）	円

＊該当に〇してください

＊	ご担当者様　お名前	
＊	ご担当者様　☎	

（有）香川互助サービス
F5256-000
お問合せ先☎087-832-3822または県庁内線5835

記入例

契約者　漢字	香川県庁消費生活組合	
	代表・会長・担当・（　　）　生協太郎	
契約者　カナ	カガワケンチョウショウヒセイカツクミアイ	
	ダイヒョウ　セイキョウタロウ	
住所　漢字	香川県高松市番町4丁目1－10	
住所　カナ	カガワケンタカマツシバンチョウ4チョウメ1－10	
☎	087-832-3822	
保険期間	平成　29年　2　月　3　日	
被保険者数	20　人	
種目	ソフトバレー	
保険金額	死亡・後遺症	500　万円
	入院（日額）	5，000　円
	通院（日額）	3，000　円