

※ 申込日 年 月 日

(有)香川互助サービス 行
FAX087-837-9490

レクリエーション保険申込受付書

*印欄のご記入をお願いします。

* 契約者 漢字	*代表・会長・担当・()		*該当に○してください
* 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	

* ご担当者様 お名前		
* ご担当者様 TEL/FAX	☎	☎
* ご来店予定日時		

(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



FAX087-837-9490

返信
様

★県庁生協記入欄

合計保険料	円
備考	

記入例

契約者 漢字	香川県庁消費生活組合	
契約者 カナ	代表・会長・担当・()	生協太郎
住所 漢字	カガワケンチョウシヨウヒセイカツクミアイ	
住所 カナ	ダイヒョウ セイキョウタロウ	
☎	087-832-3822	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