

「生命保険」お問合せ票

お問合せ希望項目の□に「✓(チェックマーク)」をご記入の上、FAXまたは郵送にて当組合までご提出ください。

- 団体扱を利用したい 団体扱制度について詳しく聞きたい
 団体扱保険料試算を行いたい その他保険に関する相談をしたい

団体扱契約とした場合の保険料につき、私に代わり保険会社へ
試算依頼することを北海道医師協同組合へ委任します。

▼試算委任希望契約につき、下記項目をご記入ください。

保険会社名	ご契約者様名	証券番号	保 険 料
	様	No.	現在： 円 試算： 円
	様	No.	現在： 円 試算： 円
	様	No.	現在： 円 試算： 円
	様	No.	現在： 円 試算： 円

※外貨建て等、一部団体扱対象外の商品があります。

▼ご質問等がございましたらご記入ください。

ご記入日： 年 月 日

医療機関名		印 ※試算依頼の場合は、 必ずご捺印ください	ご担当者 <input type="checkbox"/> 院 長 <input type="checkbox"/> 奥 様 <input type="checkbox"/> 事 務 長 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
院 長 名			
ご住所	〒 - TEL () - FAX () -		



〒060-0042 札幌市中央区大通西8丁目2番地 住友商事・フカミヤ大通ビル8階
TEL.011-222-0110 FAX.011-222-0119
URL <http://www.h-ikyo.or.jp/> **E-mail** support@h-ikyo.or.jp



私たちは
北海道日本ハムファイターズを
応援する会の会員です