

〈横浜市職員厚生会団体扱自動車保険FAX連絡票〉

必要事項をご記入のうえ、該当する損害保険会社にFAXをお願いします。(郵送も可)
追って、当該損害保険会社指定の取扱代理店より連絡をいたします。

なお、この連絡票は大事な資料となりますので、支障のない範囲で詳細にご記入願います。
(ご希望の□欄にチェックをご記入ください。)

所 属	区・局								課・所	
	住 所								電 話 ()	
職員番号								お名前		
連絡可能な時間帯										

※土日祝日及び17時以降を希望される場合は、平日日中の連絡先も記入してください。

所属部署以外に資料送付等(連絡、説明、申込手続)を希望される場合は、下記にご記入ください。

ご住所		電 話	()
連絡可能な時間帯			

※土日祝日及び17時以降を希望される場合は、平日日中の連絡先も記入してください。

1 現在個人扱で加入しているが、次回の更新から団体扱に移行したい。

現在加入の自動車保険の満期日 令和 年 月 日
(満期日を記入していただきますと、取扱代理店から連絡をいたします。)

※可能でしたら、車検証及び現在加入の自動車保険証券コピーも併せてFAXしてください。

- ☐ 必要な手続について説明に来てほしい。
☐ 加入手続をとりたいので来てほしい。
☐ その他ご質問・ご要望等、連絡事項がありましたらご記入ください。

2 貴社自動車保険について

- ☐ 詳しい資料を送ってほしい。 ☐ 説明に来てほしい。
☐ 保険料を見積もってほしい。
☐ その他ご質問・ご要望等、連絡事項がありましたらご記入ください。

--	--