

〈横浜市職員厚生会団体扱生命保険 F A X 連絡票〉

必要事項をご記入のうえ、該当する保険会社に F A X をお願いします。

追って、該当生命保険会社 から連絡がきます。

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ください。

(FAX番号) 第一生命 045-444-2622 大樹生命 045-441-8802
ソニー生命 045-225-0051 SOMPOひまわり生命 045-212-3756
アフラック 03-3348-0679

所 属	区・局	課・所
	所在地	
氏 名	電 話 ()	

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

ご自宅住所	電 話 ()
-------	---------

(ご希望の□欄にチェックをご記入ください。)

※貴社生命保険について

- 説明に来てほしい。
- 詳しい資料を送ってほしい。
- ①万一の保障 ②老後の保障 ③お子さまの保障
- ④資産形成 ⑤医療保障 ⑥その他

保険料（ご予算）の目安

- (月払) ① 5,000円以内
- ② 10,000～20,000円程度
- ③ 30,000円以上

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。

[]