

有限会社エヌビー保険サービス 行

FAX 送信番号：03-3528-8496

新・団体医療保険 団体所得補償保険  
加入依頼書請求シート

ご請求期日 2024年12月13日（金）

加入依頼書提出期日（申込期日） 2025年1月10日（金）

※各種期日を超過した場合は、ご請求いただくタイミングに応じた中途加入日をご案内いたしますので、別途お問い合わせください。

標記団体保険の加入をご希望の方は、本書ご記入のうえ、エヌビー保険サービス宛に加入依頼書を FAX または e-mail にてご請求ください。

ご記入日（西暦） 年 月 日

新・団体医療保険（ \_\_\_\_部）

団体所得補償保険（ \_\_\_\_部）

※被保険者（補償対象者）が複数人の場合は、人数分の加入依頼書をご請求ください。

※各保険の加入対象者や年齢条件等は、パンフレット1ページをご参照ください。

所属事務所名	
お名前	
送付先ご住所	〒 _____
ご連絡先	TEL _____ FAX _____ MAIL _____@