

「if 共済会」入会申込書

株式会社 ムラタ 行

FAX 089-941-3239

TEL 089-941-4444

(申込日)平成 年 月 日

私は「if 共済会」の主旨に賛同し、入会に申し込みます。

お申込者	お名前	フリガナ	生 年 月 日					
			明治 昭和 大正	年	月	日		
	ご住所	〒						TEL () -
お勤め先	会社名							
	所在地	〒						TEL () -
ご家族	登録者氏名(2親等以内)	続柄	年齢	同居 別居	登録者氏名(2親等以内)	続柄	年齢	同居 別居
				同・別				同・別
				同・別				同・別
				同・別				同・別
				同・別				同・別
				同・別				同・別

if 共済会保険プランに加入をご希望ですか？ (はい / いいえ)

ご希望の方には、後日「ソニー生命保険株式会社」より詳しい内容をご説明にうかがいます。

生命保険お申込みにあたっては、別途ソニー生命保険株式会社の(1)生命保険申込書(2)告知書(所定の範囲を超える場合は医師による審査)(3)口座振替依頼書にご記入ご捺印をいただき、(4)第1回保険料をお支払いいただいた時点でお申込み完了となりますのでご了承ください。