

保険業法に関する相談連絡箋

(法人)

申出日 平成 年 月 日

社団/ 財団		団体名				
連絡先	所属		氏名		TEL	
					FAX	
団体の内容						
保険の概要	保険の内容 (保険名称・保険金等)					
	被保険者又は 保険の目的等					
	保険料等					
相談内容						

(福岡財務支局)

回答日 平成 年 月 日

回 答						
(担当)	所属		氏名		TEL	
					FAX	

保険業法に関する相談連絡箋

記 載 例

(法人)

申出日 平成 年 月 日

社団/ 財団	社団	団体名	社互助会			
連絡先	所属	課	氏名	TEL		
				FAX		
団体の内容		社職員の共済事業等福利厚生を目的とする団体				
保 険 の 概 要	保険の内容 (保険名称・保険金等)		死亡給付金 円 入院給付金 円 結婚祝金 円			
	被保険者又は 保険の目的等		社職員とその家族			
	保険料等		掛金 円/月			
相談内容		なるべく詳細に記載願います。 本欄に入りきれない場合は、「別紙」として構いません。				

(福岡財務支局)

回答日 平成 年 月 日

回 答					
(担当)	所属	氏名	TEL		
			FAX		