

(株) 損害保険ジャパン 営業開発1-3 行き
 【FAX: 03-3349-4183】

《新規加入者用》
 「全管連・管工事賠償補償制度」 対応依頼票
 「全管連 法定外労働災害補償制度」

送付日：平成 年 月 日

| | | | |
|--------------|------|---------------|------|
| 貴社名 | フリガナ | ご担当者 | フリガナ |
| | | | |
| 所属組合名 | | | |
| ご住所 | フリガナ | | |
| | 〒 | | |
| ご連絡先 電話番号 | () | ご連絡先 FAX番号 | () |

以下の内容について対応を依頼します。(希望する対応・種目に○をしてください)

| | 種目 | 対応内容 |
|-----------------------|--|--|
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 管工事賠償 <input type="checkbox"/> 法定外労災 | 制度の内容について詳しい説明を聞きたいので、連絡をもらいたい。 ※ご希望の日時があればご記入下さい。 → () |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 管工事賠償 <input type="checkbox"/> 法定外労災 | 制度に加入したいので、手続きの方法を教えてください。 ※加入依頼書を記載された場合は、合わせてFAXをご送付下さい。 ※ご希望の日時があればご記入下さい。 → () |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 管工事賠償 <input type="checkbox"/> 法定外労災 | その他 ※具体的な内容をご記入下さい。 → [] |



お近くの損保ジャパンもしくは取扱代理店より、ご連絡をさせていただきます。

(対応には2,3日かかる場合がありますのでご注意ください。)

※既に入社されている方には、担当の損保ジャパン・取扱代理店より、別途更新のお手続きのご案内をさせていただきます。