

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。

※生命保険お申し込みにあたっては、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 [4]第1回保険料をお支払いいただいた時点で

お申し込み完了となりますのでご了承ください。