

## 東京薬業共済会の団体保険 必要書類送付申込書

☆加入を希望される方は、下表にご記入の上、  
「東薬共済サービス」までFAX送信してください。

申し込み日	年                      月                      日					
健康保険被保険者証の記号 (保険証をご確認ください)			健康保険被保険者証の番号 (保険証をご確認ください)			
貴社名						
資料送付先のご住所	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 会社    〒                      -	<b>ご連絡先 電話番号</b>				
		TEL	-	-		
		FAX	-	-		
お名前	フリガナ		<b>必要部数</b> (ご本人の他、配偶者、子、同居のご親族もご加入される場合、人数分が必要となります。)			
			<b>医療・がんプラン</b>	部		
			*1人につき1枚必要です。 要・がん両方のプランに加入される場合も1枚で記入できません。			
		<b>傷害プラン</b>		部		
		*1枚で4人まで記入できます。				
		<b>長期療養補償プラン</b>		部		
		*1人につき1枚必要です。				

<p><b>本申込書ファックス先</b>                  〒100-0014                  東京都千代田区永田町2-17-2 薬業健保会館内                  (有) 東薬共済サービス (取扱代理店)                  TEL : 03-3500-5001</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p><b>FAX: 03-3500-5002</b></p> </div>
---

<個人情報の取扱について>  
 上記にご記入いただいた事項は、保険商品や保険に関する各種ご案内に利用させていただきます。なお、ご案内を作成するために必要な範囲内で、ご記入いただいた事項を、当社が損害保険代理店委託契約を締結している損害保険ジャパン株式会社に提供することがありますので、ご同意の上ご記入ください。