

取扱代理店 有限会社エヌビー保険サービス 宛

本紙を、Mail (contact@nb-service.co.jp) もしくは FAX (03-5772-8056)でお送りください。後日、ご指定の書類をお送りいたします。

新・団体医療保険、団体所得補償保険
加入依頼書請求シート

ご請求日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご請求内容

新・団体医療保険 加入依頼書 (_____ 部)

団体所得補償保険 加入依頼書 (_____ 部)

書類送付先情報

事務所名	
氏名	
書類送付先住所	〒
ご連絡先	TEL FAX

お問い合わせ先

有限会社エヌビー保険サービス

〒107-0061 東京都港区北青山 2-12-16 北青山吉川ビル 3階

TEL 03-5772-8055 FAX 03-5772-8056 Mail contact@nb-service.co.jp