

●今回ご案内の商品に興味を持たれた方は、「返信カード」をご返送、または「Forms」よりご送信ください。

返信カードの場合 (番号等をお間違えのないよう十分お気を付けください。)

FAX

03-3447-5820 【送付先】コイト保険サービス(株) 行

社内メール便

静岡人事労務課・本社人事課まで

※グループ各社、協力会社様につきましては同封の案内文にて返送先をご確認ください。

Formsの場合

右記二次元コードを  
読み込んでください

携帯・スマホから簡単アクセス▶



## 返信カード

必要事項をご記入のうえ、上記のいずれかの方法でご返送ください

① 今回ご案内の商品についてご希望の内容に☒をおつけください。

☐ 申し込む → ☐ 申込書の送付先 (自宅) または (勤務先)  
☐ 詳しい説明を希望する

② お名前、ご希望商品、ご住所等をご記入ください。

|                       |                                                                                                          |                 |                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ご本人様<br>(契約者様)<br>お名前 | フリガナ<br>様                                                                                                | 性別<br>(男性) (女性) | 生年月日<br>(昭和) (平成) 年 月 日                                                                                                                                                                                                    |
| ご希望商品                 | 主契約                                                                                                      |                 | 特約                                                                                                                                                                                                                         |
|                       | <input type="checkbox"/> アフラックの休職保険                                                                      |                 |                                                                                                                                                                                                                            |
|                       | 小糸製作所グループオリジナルがん保険<br><input type="checkbox"/> 保険料の払込みが継続するコース <input type="checkbox"/> 保険料の払込みが不要になるコース |                 | <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④<br><input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ |
|                       | 小糸製作所グループオリジナル医療保険<br><input type="checkbox"/> 健康祝金なし <input type="checkbox"/> 健康祝金あり                    |                 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C<br><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E                                                                                  |
| 現住所                   | フリガナ<br>〒 -                                                                                              |                 |                                                                                                                                                                                                                            |
| 日中連絡先                 | (自宅) (携帯) (勤務先) ( )                                                                                      |                 |                                                                                                                                                                                                                            |
| 勤務先                   | 所属コード                                                                                                    |                 |                                                                                                                                                                                                                            |
|                       | 社員番号                                                                                                     |                 |                                                                                                                                                                                                                            |

③ ご家族様でご希望の方はお名前等をご記入ください。

|       |                                                                                                          |                 |                                                                                                                                                                                                                            |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ご家族様  | フリガナ<br>様                                                                                                | 性別<br>(男性) (女性) | 生年月日<br>(昭和) (平成) (令和) 年 月 日                                                                                                                                                                                               | 続柄 |
| ご希望商品 | 主契約                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                                                                                            |    |
|       | <input type="checkbox"/> アフラックの休職保険                                                                      |                 |                                                                                                                                                                                                                            |    |
|       | 小糸製作所グループオリジナルがん保険<br><input type="checkbox"/> 保険料の払込みが継続するコース <input type="checkbox"/> 保険料の払込みが不要になるコース |                 | <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④<br><input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ |    |
|       | 小糸製作所グループオリジナル医療保険<br><input type="checkbox"/> 健康祝金なし <input type="checkbox"/> 健康祝金あり                    |                 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C<br><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E                                                                                  |    |

【通信欄】

【個人情報の取扱いについて】 募集代理店 御中 今回提供する個人情報の貴代理店における利用目的が、アフラックの各種商品やサービスの案内・提供・維持管理であることを確認しました。また、これらの利用目的のために貴代理店がその提携先であるアフラックに登録されている代理店と共同して対応する際には、個人情報に当該代理店に提供されることにつき同意します。