

保険エントリーシート (株式会社メディカル・アシスト行き)

(賃貸人・管理会社・入居者) 保険契約者	氏名	フリガナ		性別	男・女
	現住所	フリガナ			
〒 -					
電話番号() -		生年月日	年	月	日
被保険者情報 (入居者)	氏名	フリガナ		性別	男・女
	現住所	フリガナ			
〒 -					
電話番号() -		生年月日	年	月	日
死亡保険金受取人	氏名	フリガナ			
	住所	〒 - 電話番号() - <small>保険契約者が受取人の場合、住所記入は不要です。</small>			
保険金額	50万円 ・ 100万円 ・ その他()万円 <small>但し、10万円単位で上限300</small>				

賃貸借契約に関するご質問

入居予定日	年 月 日 (・初旬 ・中旬 ・下旬 ・未定)
賃貸借契約日	年 月 日 (・初旬 ・中旬 ・下旬 ・未定)

申込書類送付先	名称	
	〒 -	
	電話番号() -	担当者様名



〒166-0002 東京都杉並区高円寺北2-22-1 CONCORD高円寺4
TEL : 03-5373-8677 FAX : 03-5327-6398

メディカル・アシスト行き

FAX: 03-5327-6398