

FAX 0120-84-3455

# 生命保険「給与引落とし」変更依頼書

以下にご記入の上、大阪学校生協 保険部までFAXしてください。

フリガナ			
お名前		生年月日	年 月 日
学校名		職員番号	
ご住所	〒		
ご連絡先	電話( )	—	自宅・携帯

保険会社名	証券No.
生命	
生命	
生命	
生命	
生命	

●ご依頼後、当組合より保険会社へ連絡のうえ後日、保険会社の担当者よりお手続き等につきましてご連絡させていただきます。

保険のお見積り・保険見直しのご相談等ご要望をご記入ください。

「東京海上日動あんしん生命」を給与引き落としに変更の場合は、お手数ですがご契約者様より保険会社にお電話をお願い致します。  
その際に、①団体コード 03132012 ②事業所コード 000 ③証券NO. をおつたえください。

TEL/0120-560-834

#### 〈個人情報の取扱いについて〉

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大阪学校生活協同組合、保険会社、ならびにその代理店に提供することに同意の上、ご記入ください。