

## 保障相談受付シート

所属組合 兵庫県職員労働組合 職場名 \_\_\_\_\_

組合員氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

相談者 組合員本人・家族( ) 連絡先 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### 家族構成

名前 \_\_\_\_\_ 組合員との続柄( \_\_\_\_\_ ) 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 組合員との続柄( \_\_\_\_\_ ) 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 組合員との続柄( \_\_\_\_\_ ) 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 組合員との続柄( \_\_\_\_\_ ) 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 組合員との続柄( \_\_\_\_\_ ) 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 住宅について

賃貸 ・ 持ち家 (ローンの有無 : 有 ・ 無 )

### 配偶者について

家事専業 ・ 共働き ・ パート

その他(保険料を抑えたい・必要な保障額を確認したい等のご要望があればご記入ください)

必ず現在ご加入の保険証書の写しを添えてご提出ください。(郵送またはFAX)

家族構成やライフステージに合わせた必要保障額の目安を作成し、ご家庭の保障のムリ・ムダを診断いたします。

兵庫県職員労働組合

〒650-0011 神戸市中央区下山手通 4-18-2 TEL:078-242-4311 FAX:078-261-2069