

東芝地域店総合補償制度 お祝金請求書(オールマイティプラン)

ご請求日(ご記入日) 令和 年 月 日

東芝地域店会 御中
下記の通り、オールマイティプランお祝金の給付金を請求いたします。

ご加入店	事業所コード	M													
	住所														
	店名	印													

ご加入者	加入者コード	フリガナ	加入口数	男	生年月日
		氏名	口	女	昭平 年 月 日

請求者欄	請求者住所	〒	
	フリガナ		
	氏名		印
	TEL		

T	地域営業部長	
C	TCM	
M	会社名	
会社	責任者氏名	印
契約者	〒212-0014 川崎市幸区大宮町1310 東芝地域店会 印	

お祝金の内容	結婚	配偶者の氏名	様	配偶者の生年月日
		婚姻日	令和 年 月 日	昭平 年 月 日
	出産	お子様の氏名	様	
		出産日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	入学	お子様の氏名	様	お子様の生年月日
		入学年	令和 年に 小学校 中学校 入学	平令 年 月 日

※白地部分の該当事項にもれなくご記入ください。

※控えを必要とする場合は、お手数ですがコピーをお撮りください。

※ご記入いただいた個人情報に関しましては、お祝金の支払い以外に使用することは一切ございません。

また、個人情報はお客様の承諾なく、第三者に提供いたしません。

通信欄

支払担当	支払日	金額
	/	円

東芝地域店会	TISCO	TCM
/	/	/