

〇〇市長 様

住所（所在）

氏名（名称）

生命保険の契約事項について（回答）

年 月 日付で照会のあった標記の件について、次のとおり回答します。

| | | | |
|----------|---------------------------------|--------------|----|
| 住所（所在） | | | |
| 氏名（名称） | | | |
| | | 生年月日 年 月 日 | |
| 連絡先（TEL） | | （ ） | |
| 1 | 保険契約の有無 | 有 ・ 無 | |
| 2 | 保険の種類 | | |
| 3 | 証券番号 | | |
| 4 | 契約年月日 | 年 月 日 | |
| 5 | 満期年月日 | 年 月 日 | |
| 6 | 被保険者 | | |
| 7 | 保険金額 | 満期時 | 円 |
| | | 死亡時 | 円 |
| 8 | 保険金受取人 | 満期時 | |
| | | 死亡時 | |
| 9 | 回答日における解約返戻金 | 円 | |
| 10 | 回答日における利益配当金 | 円 | |
| 11 | 保険料立替金 | 円 | |
| 12 | 契約者への貸付金 | 円 | |
| 13 | 回答日現在の差押可能金額 (9+10-11-12の金額) | 円 | |
| 14 | 失効年月日及び即時取立可能金額 | 年 月 日 円 | |
| 15 | 保険料 | 月額 | 年額 |
| 16 | 保険料納入方法 | 集金・銀行振込・口座振替 | |
| 17 | 口座振替の場合の金融機関 | 銀行 | 支店 |

担当者所属 氏名
問い合わせ先 （ ） 内線等