

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