

受託者賠償責任保険 加入申込依頼書

全国石油業共済協同組合連合会
 共同事業グループ 行
 FAX: 03-3597-1712

申込日: 年 月 日

会社名	加入者番号:		印
代表者名			
住所	〒		
	TEL: FAX:		
SS名称	SSコード:		
SS総合共済の加入	<input type="checkbox"/> 加入	<input type="checkbox"/> 未加入	
SS所在地	〒		
	TEL: FAX:		
保険期間	年 月 15日から 年 11月 15日まで		
掛金支払方法	<input type="checkbox"/> コンビニ払い (または振り込み)		<input type="checkbox"/> 口座振替

	プラン	年間掛金		プラン	年間掛金
<input type="checkbox"/>	100万円	3,140円	<input type="checkbox"/>	600万円	18,840円
<input type="checkbox"/>	200万円	6,280円	<input type="checkbox"/>	700万円	21,980円
<input type="checkbox"/>	300万円	9,420円	<input type="checkbox"/>	800万円	25,120円
<input type="checkbox"/>	400万円	12,560円	<input type="checkbox"/>	900万円	28,260円
<input type="checkbox"/>	500万円	15,700円	<input type="checkbox"/>	1,000万円	31,400円

- 1.自己負担額1事故5,000円
 2.中途加入の掛金は別途ご案内します。
 3.SS総合共済に未加入の場合、制度運営費(1,000円)が加算されます。
 4.初回の掛金のお支払いはコンビニ払い(または振り込み)となります。
- 受付番号: