

個人健康保険見積もり依頼書： Fax： 678-384-9867
E-mail：info@hasegwainsurance.com

下記に必要な情報を**英語入力**で記載して下さるようお願いいたします。営業日は 24 時間以内にご回答申し上げます。お急ぎの場合には、その旨特記欄にてご連絡ください。ご要望に沿うよう努力いたします。

=today ()

保険開始希望日：

個人情報：被保険者名	
お名前	
ご住所	
電話	
FAX	
eメール	

職業・役職	
会社名	
ご住所	
電話	
FAX	
eメール	

見積情報：

ご希望の 海外旅行傷害保険 短期補償保険 医療費用保険 妊娠保険 歯科保険
 保険種目

(夫、妻、子供)	本人	(夫、妻、子供)	
お名前 Name		お名前 Name	
性別		性別	
生年月日		生年月日	
喫煙 (Yes, NO)		喫煙 (Yes, NO)	
身長		身長	
体重		体重	
懸かり付けの医師		懸かり付けの医師	
電話番号		電話番号	
持病既往症、処方箋薬ご使用の場合には病名、治療開始日、医師名と住所、薬名、使用量など詳細をご記入ください。		持病既往症、処方箋薬ご使用の場合には病名、治療開始日、医師名と住所、薬名、使用量など詳細をご記入ください。	
(夫、妻、子供)		(夫、妻、子供)	
お名前 Name		お名前 Name	
性別		性別	
生年月日		生年月日	
喫煙 (Yes, NO)		喫煙 (Yes, NO)	
身長		身長	
体重		体重	
懸かり付けの医師		懸かり付けの医師	
電話番号		電話番号	
持病既往症、処方箋薬ご使用の場合には病名、治療開始日、医師名と住所、薬名、使用量など詳細をご記入ください。		持病既往症、処方箋薬ご使用の場合には病名、治療開始日、医師名と住所、薬名、使用量など詳細をご記入ください。	