



オンライン相談のポイント

外出せずに
おうちで気軽に

相談相手の
顔が見える

ご都合に合わせて
事前に予約

資料は画面上で
確認可能

詳しくは株式会社JTBビジネスランスフォーム 保険事業部までお問い合わせください。

返信カード

今回ご案内の商品に興味を持たれた方は、
下記に必要事項をご記入のうえ、下記の方法でご返送ください。

ご返送方法

Formsの場合

右記二次元コードを読み込んでください
携帯・スマホから簡単アクセス▶



Emailの場合

jl_n_origi@jbx.jtb.jp

希望書の写真を携帯・スマホで撮り、メールで
送信してください 携帯・スマホから簡単アクセス▶



FAXの場合 | **03-5796-5141** (株)JTBビジネスランスフォーム 保険事業部 行き

1 今回ご案内の商品についてご希望の内容に●をおつけください。

- 申し込む 詳しい説明を希望する オンライン相談を希望する
↳ 申込書の送付先 (自宅 または 勤務先)

2 お名前、ご希望商品(ご希望のコース、特約に☑)、ご住所等をご記入ください。

ご本人様 (契約者様) お名前	フリガナ 様	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
ご希望 商品	<input type="checkbox"/> JTBグループ オリジナルがん保険	<input type="checkbox"/> ① 手術・放射線治療特約 <input type="checkbox"/> ② 緩和療養特約 <input type="checkbox"/> ③ 外見ケア特約 <input type="checkbox"/> ④ 抗がん剤・ホルモン剤治療特約 <input type="checkbox"/> ⑤ がん先進医療特約 <input type="checkbox"/> ⑥ 女性がん特約(女性のみ) <input type="checkbox"/> ⑦ 診断給付金複数回支払特約 <input type="checkbox"/> ⑧ 特定保険料払込免除特約	
既にアフラックのがん保険にご加入されている方へ		▶ <input type="checkbox"/> 既契約者様専用 生きるためのがん保険Days1プラス	
現住所	フリガナ 〒 -		
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 ()		
勤務先			
部署名			社員番号

3 ご家族様でご希望の方はお名前等をご記入ください。

ご家族様	フリガナ 様	続柄	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
ご希望 商品	<input type="checkbox"/> JTBグループ オリジナルがん保険	<input type="checkbox"/> ① 手術・放射線治療特約 <input type="checkbox"/> ② 緩和療養特約 <input type="checkbox"/> ③ 外見ケア特約 <input type="checkbox"/> ④ 抗がん剤・ホルモン剤治療特約 <input type="checkbox"/> ⑤ がん先進医療特約 <input type="checkbox"/> ⑥ 女性がん特約(女性のみ) <input type="checkbox"/> ⑦ 診断給付金複数回支払特約 <input type="checkbox"/> ⑧ 特定保険料払込免除特約		
既にアフラックのがん保険にご加入されている方へ		▶ <input type="checkbox"/> 既契約者様専用 生きるためのがん保険Days1プラス		

【通信欄】

【個人情報の取扱いについて】 募集代理店 御中 今回提供する個人情報の貴代理店における利用目的が、アフラックの各種商品やサービスの案内・提供・維持管理であることを確認しました。また、これらの利用目的のために貴代理店がその提携先であるアフラックに登録されている代理店と共同して対応する際には、個人情報が当該代理店に提供されることにつき同意します。