

入会申込書&加入明細書

日本FAX:03-3565-6899



株式会社 トラストメディック

中国FAX:0532-8592-9119

申込日 年 月 日

契約場所 日本 中国

契約会社/個人				
会社名				印鑑/サイン
ご住所	〒			
電話番号	FAX番号			
担当部署	担当者	携帯電話		

加入明細書					
① ご本人&ご家族名	ローマ字	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	携帯電話	
	漢字	生年月日	契約形態		<input type="radio"/> 単身 <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> 無記名
保険会社	保険番号				
緊急連絡先二等親まで	関係()	氏名	電話番号		
② ご本人&ご家族名	ローマ字	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	携帯電話	
	漢字	生年月日	契約形態		<input type="radio"/> 単身 <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> 無記名
保険会社	保険番号				
緊急連絡先二等親まで	関係()	氏名	電話番号		
③ ご本人&ご家族名	ローマ字	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	携帯電話	
	漢字	生年月日	契約形態		<input type="radio"/> 単身 <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> 無記名
保険会社	保険番号				
緊急連絡先二等親まで	関係()	氏名	電話番号		

トラストサービス費用				
契約内容	人数	日本円	人民元	金額
入会金(年 月 日~1年間)		5,000円	400元	
単身契約年会費		10,000円	800元	
家族契約年会費(一世代)		15,000円	1200元	
無記名契約年会費(出張者)		10,000円	800元	
* 日本円の場合は税金5%				
合 計				
お支払い方法 <input type="radio"/> 現金(<input type="checkbox"/> JPY <input type="checkbox"/> RMB) <input type="radio"/> 振込み <input type="radio"/> 小切手				

* 私(ご契約者)は下記に記載の「個人情報取り扱いに関するご案内」の内容について同意の上、申し込みます。又、私(ご契約者)以外の第三者にかかわる個人情報がある場合は、本人の同意確認しております。
 「個人情報取り扱いに関するご案内」
 株式会社トラストメディックは、契約のお申し込みをいただく際に契約者からいただいた入会申込書に記載された個人情報を、傷病発生時に伴う治療時、緊急時等に際して、迅速・的確に処置をとる為、または健康管理、保険その他各種サービスをお届けする為の目的の

ために共同利用します。

入会申込書&加入明細書

日本FAX:03-3565-6899



株式会社 トラストメディック

中国FAX:0532-8592-9119

申込日 年 月 日

契約場所 日本 中国

契約会社/個人					
会社名					印鑑/サイン
ご住所	〒				
電話番号	FAX番号				
担当部署	担当者	携帯電話			

加入明細書					
① ご本人&ご家族名	ローマ字	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	携帯電話	
	漢字	生年月日	契約形態		<input type="radio"/> 単身 <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> 無記名
保険会社	保険番号				
緊急連絡先二等親まで	関係()	氏名	電話番号		
② ご本人&ご家族名	ローマ字	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	携帯電話	
	漢字	生年月日	契約形態		<input type="radio"/> 単身 <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> 無記名
保険会社	保険番号				
緊急連絡先二等親まで	関係()	氏名	電話番号		
③ ご本人&ご家族名	ローマ字	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	携帯電話	
	漢字	生年月日	契約形態		<input type="radio"/> 単身 <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> 無記名
保険会社	保険番号				
緊急連絡先二等親まで	関係()	氏名	電話番号		

トラストサービス費用				
契約内容	人数	日本円	人民元	金額
入会金(年 月 日~1年間)		5,000円	400元	
単身契約年会費		10,000円	800元	
家族契約年会費(一世代)		15,000円	1200元	
無記名契約年会費(出張者)		10,000円	800元	
* 日本円の場合は税金5%				
合 計				
お支払い方法 <input type="radio"/> 現金(<input type="checkbox"/> JPY <input type="checkbox"/> RMB) <input type="radio"/> 振込み <input type="radio"/> 小切手				

* 私(ご契約者)は下記に記載の「個人情報取り扱いに関するご案内」の内容について同意の上、申し込みます。又、私(ご契約者)以外の第三者にかかわる個人情報がある場合は、本人の同意確認しております。
 「個人情報取り扱いに関するご案内」
 株式会社トラストメディックは、契約のお申し込みをいただく際に契約者からいただいた入会申込書に記載された個人情報を、傷病発生時に伴う治療時、緊急時等に際して、迅速・的確に処置をとる為、または健康管理、保険その他各種サービスをお届けする為の目的の

ために共同利用します。