

朝日生命保険相互会社 御中

太枠内をご記入ください。

|        |        |   |   |
|--------|--------|---|---|
| 依 頼 日  | 年      | 月 | 日 |
| 住 所    |        |   |   |
| 氏 名    |        |   |   |
| 勤 務 先  |        |   |   |
| ( 団体番号 | ご契約者番号 | ) |   |

## 財形貯蓄（見込）残高計算依頼書

財形融資を申し込みたいので、私名義の財形貯蓄残高について、下記により計算してください。

なお、計算にあたっては、貴社所定の日の残高に下記払込予定額（貴社所定の日の翌日から借入申込予定日の属する月の末日までの払込分に限る。）を加算してください。

記

|                     |  |   |   |   |
|---------------------|--|---|---|---|
| 借入申込予定日（必ずご記入ください）  |  | 年 | 月 | 日 |
| ご契約年月日              |  |   |   |   |
| 財形貯蓄残高（A）<br>（ 現在 ） |  | 円 |   |   |
| お払込予定額（B）           |  | 円 |   |   |
|                     |  | 円 |   |   |
|                     |  | 円 |   |   |
| 合計残高見込額（A+B）        |  | 円 |   |   |

以上

上記のとおりご通知いたします。

様

年 月 日

朝日生命保険相互会社  
企業保険部（財形保険）