

地方税様式4-3 (回答本文)

NN ● ● 年 ● ● 月 ● ● 日

○○ ○○様

取扱者
電話

令和 年 月 日付 第 号 の
「契約内容の照会について（損害保険・共済用）」について、下記のとおり回答します。

1 照会対象者

住所・所在地等	NN NN		
フリガナ	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	生年月日 (設立年月日)	NN●●年●●月●●日
氏名・名称	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		

☐ 契約なし

(連絡欄)

担当者	所属氏名	連絡先
-----	------	-----