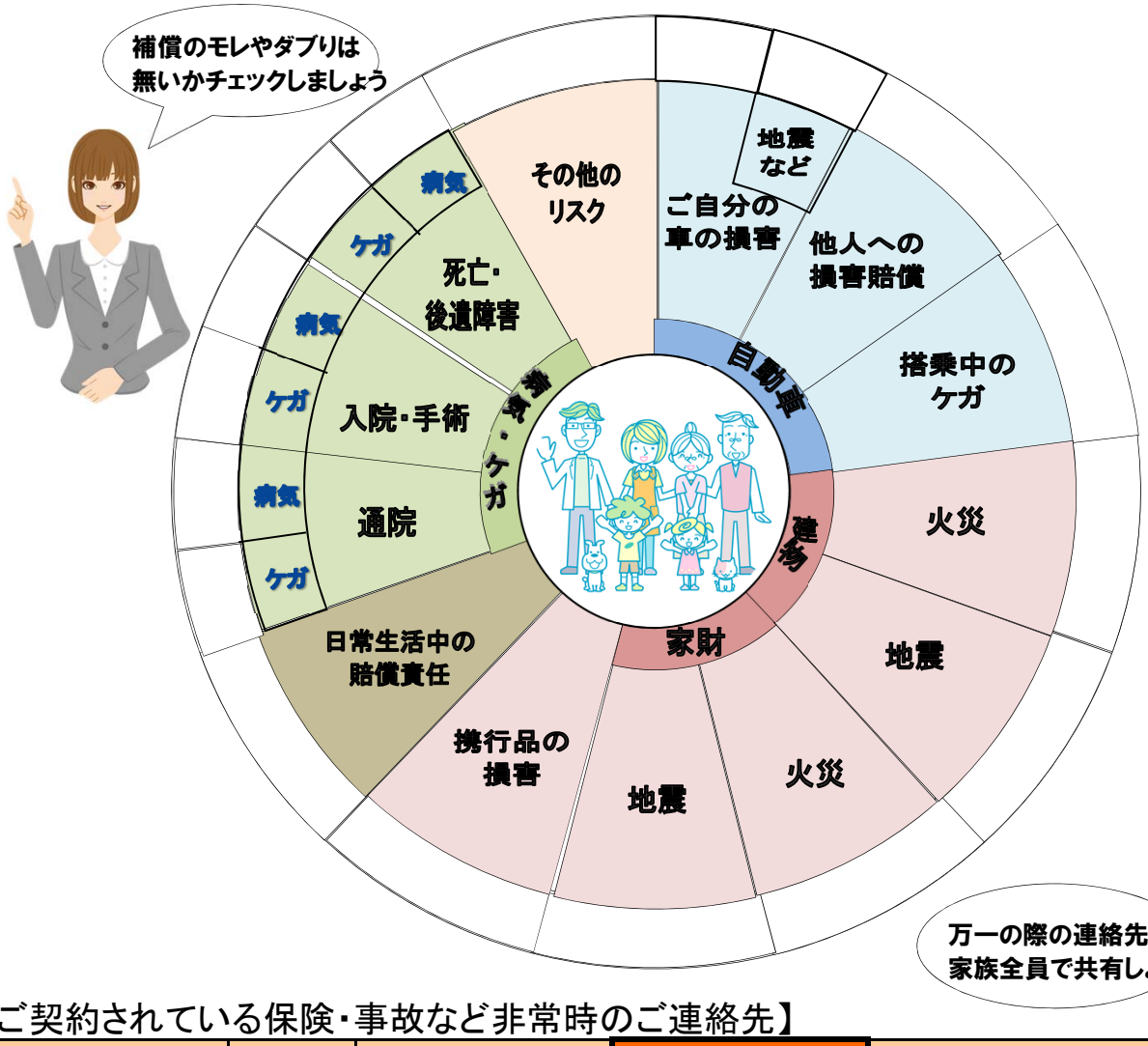
_____ 様 の リスクマップ



【ご契約されている保険・事故など非常時のご連絡先】

保険種類	満期日	保険会社	連絡先	備考