

葬儀費用に備える保険期間1年の「掛捨て型死亡保険」!

はじめやすい葬儀保険

保険金
一定
プラン

無配当1年定期保険(保険金建)

大切なご家族に
感謝の気持ちを
残しておきませんか?



保険を諦めることはありません!

満89歳までお申込み可能です

今までかけていた保険が満期になった方や、高齢で死亡保険をあきらめていた方にも適した保険です。

満99歳まで更新可能です

一度ご加入いただくと、満99歳まで更新が可能になります。

カンタン、分かりやすいお申込み!

医師の診査は不要です※1

お客さま(被保険者)の健康状態を告知書に記入していただくだけで、医師の診査は不要です。

契被別人でのご契約が可能です

契約者(保険料を支払う人)と被保険者(保険の対象となる人)が異なる人物でもご契約いただくことができます。

様々なニーズにお応えします!

死亡保険金の使い道は自由です

葬儀費用以外にもお使いいただけます。仏壇・お墓など、葬儀後に発生する費用としてご準備ください。

最短翌営業日に保険金を受取れます

保険金クイック支払サービス※2により、死亡保険金請求書類の受付日から最短で翌営業日に死亡保険金をお支払いします。

※1: 健康状態などによっては、お引受けできない場合があります。

※2: 本サービスの適用条件を満たす場合に限り、株式会社メモリード・ライフが死亡保険金請求書類を受付けた日から、最短で翌営業日に死亡保険金の100%をお支払いします。



マスコット
キャラクター
メモリオン

資料請求・保険料の
お見積り・お問合せ



0120-623-111

受付時間/24時間365日対応

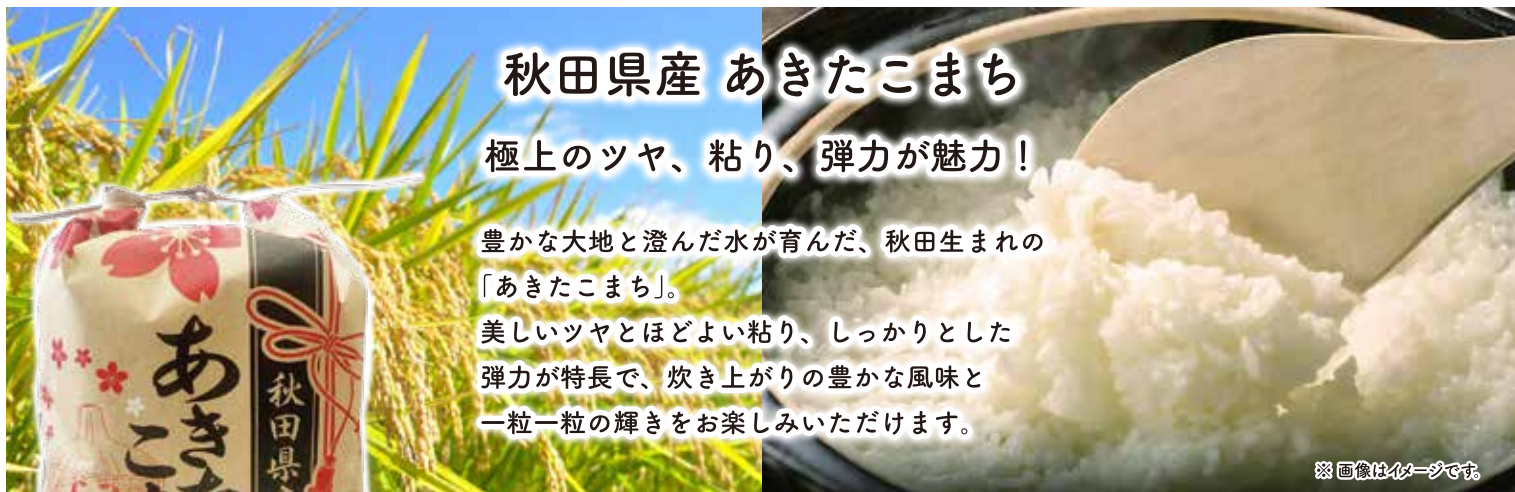
ご請求いただいた資料につきましては、当社または取扱代理店から発送させていただきます。

引受保険会社(少額短期保険業者)
(承認番号) MLAD2606-07

株式会社メモリード・ライフ

〒101-0064 東京都千代田区神田猿樂町2-8-16 平田ビル6階
(登録番号) 関東財務局長(少額短期保険) 第18号





秋田県産 あきたこまち

極上のツヤ、粘り、弾力が魅力！

豊かな大地と澄んだ水が育んだ、秋田生まれの「あきたこまち」。

美しいツヤとほどよい粘り、しっかりとした弾力が特長で、炊き上がりの豊かな風味と一粒一粒の輝きをお楽しみいただけます。

※画像はイメージです

キャンペーン期間中、下記の手がきから資料請求いただいた方の中から
抽選で**30名様に米どころ秋田が誇る極上の味わい「秋田県産あきたこまち5kg」をプレゼント**いたします。

応募期間

2026年7月1日～9月30日

※おひとりさま一回限りのご応募となります。※締切日当日消印有効

ホームページは
こちら



【当選発表】賞品の発送をもって発表にかえさせていただきます。

【応募方法】裏面の専用手がきよりご応募ください。お電話、またはホームページからもご応募いただけます。

はじめやすい 葬儀保険 保険料のめやす

死亡保険金額 100万円の場合

[主契約 月払保険料(ご契約初年度)]

契約年齢 (満年齢)	女性	契約年齢 (満年齢)	男性
60歳	690円	60歳	1,390円
65歳	980円	65歳	2,110円
70歳	1,430円	70歳	3,380円
75歳	2,320円	75歳	5,160円
80歳	3,980円	80歳	8,180円
85歳	7,100円	85歳	13,170円
89歳	11,350円	89歳	19,280円

プランの一例をご紹介します。保険料はご年齢により異なりますので、お気軽にお問合せください。

●ご契約に際しては、資料をご請求いただき、「ご契約内容(契約概要)」、「特に重要なお知らせ(注意喚起情報)」、「ご契約のしおり・約款」を必ずご確認ください。またお客様(被保険者)がご加入の公的年金(遺族年金)等社会保険から給付される死亡保障(年金ダイヤルまたはお近くの年金事務所にお問合せください。)についてもご勘案の上ご検討ください。

●保険料は掛捨てで、1年更新毎に通常上がります。ご理解の上、お申込みください。上表に記載の無い年齢別保険料については、パンフレット等でご確認いただくか、またはお問合せください。

取扱代理店(少額短期保険募集人)

郵便はがき

料金受取人払郵便



差出有効期限
2027年
9月30日 まで

切手を貼らずに
ご投函ください

1 0 1 8 7 9 6

911

(受取人)

東京都千代田区神田猿楽町2-8-16
平田ビル6階

(株)メモリード・ライフ
資料請求係 行



フリガナ		
お名前		性別 ☐ 男性 ☐ 女性
生年月日	年 月 日	お電話
ご住所	〒 都 道 区 郡 市 府 県 区 町 村	
取扱代理店 (取扱者)	担当者印	
チラシの中で興味を 持たれた内容をお 選びください。	☐ 加入可能年齢 ☐ 保険料 ☐ 医師の診査不要 ☐ 保険金クイック支払サービス ☐ キャンペーン ☐ その他 ()	

ご記入いただいた個人情報は、当社商品・サービスのお知らせ、資料等の発送のみに利用させていただきます。なお、ご請求いただいた資料につきましては当社または取扱代理店から発送させていただきます。