

もしものとき...

このような

心配

や

不安

はありませんか？

家族に
負担を
かけたくない

葬儀費用って
結構かかるって
聞いたけど

葬儀費用を
すぐに準備
できるか不安

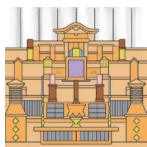
高齢者でも
申込める保険は
あるのかな



一般葬の
葬儀費用の
総額(平均)は

約**161.3**万円!

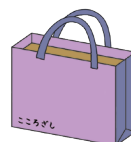
葬儀一式費用



飲食にかかる費用



返礼品費用



お布施(宗教費用)



上記以外にも
様々な費用が
かかります。

お墓の購入



仏壇の購入



遺品整理費用



など

鎌倉新書「第6回お葬式に関する全国調査(2024年)」

もしものときの
葬儀費用が心配だという方におすすめ！

満**89**歳まで
お申込み可能

最長 満**99**歳まで
更新可能

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

無配当1年定期保険(保険金建)

くわしくは裏面をご覧ください

資料請求・保険料の
お見積り・お問合せ



0120-623-111

受付時間／平日9:00~17:00
(土・日・祝・年末年始を除く)



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)MLAD2506-08

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

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）

簡単な手続きで！
**申込み
やすい**

医師の診査は**不要**※1
簡単な告知書の提出のみ

新規お申込み **満89歳**まで
最長更新 **満99歳**まで

3つの**や す い**で
はじめやすい！

必要な時に！
**受取り
やすい**

保険金クイック支払サービスにより※2
死亡保険金の**100%**を**最短翌営業日**にお支払い

様々な用途に！
**使い
やすい**

保険金の使い道は自由（**10万円単位**で自由設計）
死亡保険金額は**30万円**から**300万円**まで

保険料のめやす
死亡保険金額
100万円の場合
[月払保険料（ご契約初年度）]

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

※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かぎり、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。

●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」を必ずご一読ください。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。

資料請求キャンペーン

キャンペーン期間中、右記のハガキから
資料請求いただいた方の中から**抽選で30名様に**

医療発想から生まれた全方向ケア美容液

「セリードプラス ハイブリッドステムセラム」をプレゼント！



※画像はイメージです。

応募期間

2025年7月1日～9月30日

※おひとりさまキャンペーン期間中、一回限りのご応募となります。

※締切日当日消印有効

【当選発表】賞品の発送をもって発表にさせていただきます。

【応募方法】右記の専用ハガキよりご応募ください。

お電話、ホームページからもご応募いただけます。

ホームページは
こちら



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

神田局
承認
6377

差出有効期限
2026年
10月31日まで

切手を貼らずに
ご投函ください

1018796

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			性別	☐ 男性 ☐ 女性
お名前				
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っ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。