

団体定期保険（希望者グループ保険）

所属変更通知書

団体定期

整理番号バーコードシール貼付欄
(第一生命使用欄)

第一生命保険株式会社（事務幹事会社） 行

以下のとおり、被保険者の所属変更を通知します。

1 ～ 7 の欄に、ご記入ください。

2 この通知書の 1 ページ ～ ページ に記載された事項は事実と
相違ありません。

同じ変更年月日で複数枚ご提出の場合は、最終ページをご記入ください。
ご記入ある場合は契約者欄は1ページ
目のみの記入で結構です。

3 記入日（和暦）
年 月 日

4 団体番号 結合 CD 事業所番号 校 CD
07 0000000000

5 ページ
29 32

6 変更年月日（和暦）
年 月 日 01
33 38

手続き上記入の必要はござい
ませんが、必要に応じてご利用
ください。

7

被保険者番号は、誤りのないよう
必ず被保険者名簿を確認のうえ、
右詰めでご記入ください。

カナまたはコードで、左詰めで
ご記入ください。

被保険者名（カナ） 《 契約者使用欄 》	被保険者番号（右詰）	本配子 区分	CD	新 所 属 （ 左 詰 ）
1	39	50	51	70
2	82	93	94	113
3	125	136	137	156
4	168	179	180	199
5	211	222	223	242
6	254	265	266	285
7	297	308	309	328
8	340	351	352	371
9	383	394	395	414
10	426	437	438	457

注意 1 .お手続きが遅れた場合、お申し出どおりの取扱をいたしかねる場合がございます。あらかじめご了承ください。

注意 2 .訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、余白部分に訂正者の押印またはご署名（フルネーム）のうえ、正しい内容をご記入ください。

第一生命使用欄

伝 票 コ ー ド

K30/00730

<連絡欄>

団体保障事業部		
点検	入力	入力後点検

団体保障事業部
受付印

書類受領所管
受付印



2930060017