

被保険者項目訂正通知書 I

（被保険者名・生年月日・性別・労災）

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、被保険者の項目変更および訂正を通知します。

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

1 団体名
代表者

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。

変更年月日は、変更された日の翌月応当日（通常は1日）となります。

4 団体番号 07 事業所番号 00000000
結合 CD 校 CD

5 ページ

6 変更年月日（和暦）
年 月 日 01

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。

本配子区分は、誤りのないよう以下を確認のうえ、必ずご記入ください。
0:本人
1:配偶者 2~9:子供

<変更項目①> 被保険者名を変更する場合、ご記入ください。

<変更項目②> 生年月日を変更する場合、ご記入ください。

<変更項目③> 性別を変更する場合、ご記入ください。

<変更項目④> 労災適用を変更する場合、ご記入ください。

Table with 10 rows and 10 columns. Columns: 被保険者名(カナ), 被保険者番号(右詰), 本配子区分, ①変更後被保険者名(カナ), ②生年月日(和暦), ③性別, ④労災. Rows 1-10.

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 / 00720

<連絡欄>

Table with 3 columns: 点検, 入力, 入力後点検



2930030010