

被保険者項目変更（訂正）通知書

（被保険者名・生年月日・性別）

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

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
0 4 結合番号
10 17 19

5 ページ
29 32

6 変更年月日（和暦）
年 月 日
33 38 0 1

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。

被 保 険 者 番 号 (右 詰)	本配子区分
39	49
81	91
123	133
165	175
207	217
249	259
291	301
333	343
375	385
417	427

【変更後】 ① 被 保 険 者 名 (カ ナ)	【変更後】 ② 生 年 月 日 (和 暦)	【変更後】 ③ 性 別
51	70	71 昭 72 年 月 日 77 78 ① 男 ② 女
93	112	113 昭 114 年 月 日 119 120 ① 男 ② 女
135	154	155 昭 156 年 月 日 161 162 ① 男 ② 女
177	196	197 昭 198 年 月 日 203 204 ① 男 ② 女
219	238	239 昭 240 年 月 日 245 246 ① 男 ② 女
261	280	281 昭 282 年 月 日 287 288 ① 男 ② 女
303	322	323 昭 324 年 月 日 329 330 ① 男 ② 女
345	364	365 昭 366 年 月 日 371 372 ① 男 ② 女
387	406	407 昭 408 年 月 日 413 414 ① 男 ② 女
429	448	449 昭 450 年 月 日 455 456 ① 男 ② 女

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。

変更がない項目のご記入は不要です。

第一生命使用欄

伝 票 コ ー ド

K30.00720

<連絡欄>

団体保障事業部		
点検	入力	入力後点検



2939120019