3大疾病サポート保険(団体型)

保険金変更通知書

第一生命保険株式会社　行

以下のとおり、被保険者の保険金変更を通知します。

1 ～ 7 の欄に、ご記入ください。

1 保険契約者
団体名
代表者

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に相違ありません。

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 29 結合 CD ／ 事業所番号 000000 枝 00 CD 0

5 ページ

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。

6 変更年月日（和暦） 年 月 日 01 必ずご記入ください。

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。
増額について変更年月日を過ぎて当社へ到着した場合、この申込書が到着した日から増額部分について保険契約上の責任を負います。ただし、当社が承諾したときに限ります。

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。

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。

主契約保険金額を金額指定で変更する場合、ご記入ください。

保険金を職種職階コードで変更する場合、ご記入ください。

7

	被保険者名（カナ）《契約者使用欄》	変更項目	被保険者番号(右詰)	本配子区分	CD	新主契約保険金額	新職種職階ｺｰﾄﾞ	第一生命使用欄 告知	名寄	
1		2 保険金変更		0		万円		0 無 1 有	0 不要 1 要	
2		2 保険金変更		0		万円		0 無 1 有	0 不要 1 要	
3		2 保険金変更		0		万円		0 無 1 有	0 不要 1 要	
4		2 保険金変更		0		万円		0 無 1 有	0 不要 1 要	
5		2 保険金変更		0		万円		0 無 1 有	0 不要 1 要	
6		2 保険金変更		0		万円		0 無 1 有	0 不要 1 要	
7		2 保険金変更		0		万円		0 無 1 有	0 不要 1 要	
8		2 保険金変更		0		万円		0 無 1 有	0 不要 1 要	
9		2 保険金変更		0		万円		0 無 1 有	0 不要 1 要	
10		2 保険金変更		0		万円		0 無 1 有	0 不要 1 要	

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 K30/00640

<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

2920030013

団保〔登〕16060-03 2024.6 保存期間3年 本