

所属変更通知書

医療 R

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 結 合 番 号
0 4 10 17 195 ページ
29 326 変更年月日（和暦）
年 月 日 0 1 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	新 所 属（左 詰）
1	39	49	51 70
2	82	92	94 113
3	125	135	137 156
4	168	178	180 199
5	211	221	223 242
6	254	264	266 285
7	297	307	309 328
8	340	350	352 371
9	383	393	395 414
10	426	436	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
1 5 9

<連絡欄>

団体保障事業部		
点検	入力	入力後点検

団保[登]05179-04 2021.1 保存期間 3年 団

団体保障事業部
受付印書類受領所管
受付印

2939130018