

総合福祉団体定期保険  
**保険金変更通知書**

第一生命保険株式会社(事務幹事会社) 行

以下のとおり、被保険者の保険金変更を通知します。

**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。

**3** 記入日(和暦) 年 月 日  
 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。

**4** 団体番号 結合 CD 事業所番号 枝 CD  
 0 9 0 0 0 0 0 0 0 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  
 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。

**必ずご記入ください。**

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。

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。

保険金を職種階級コードで変更する場合、ご記入ください。

保険金を給与金額で変更する場合、ご記入ください。

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)		CD	新主契約保険金額		新職種階級コード		新給与金額(円)	
		本配子区分	CD		万円	円	万円	円	万円	円
1	2 保険金変更	0	51	52	56	57	60	61	69	
2	2 保険金変更	0	85	86	90	91	94	95	103	
3	2 保険金変更	0	119	120	124	125	128	129	137	
4	2 保険金変更	0	153	154	158	159	162	163	171	
5	2 保険金変更	0	187	188	192	193	196	197	205	
6	2 保険金変更	0	221	222	226	227	230	231	239	
7	2 保険金変更	0	255	256	260	261	264	265	273	
8	2 保険金変更	0	289	290	294	295	298	299	307	
9	2 保険金変更	0	323	324	328	329	332	333	341	
10	2 保険金変更	0	357	358	362	363	366	367	375	

第一生命使用欄	
告知	71
0 無 1 有	0 不要 1 要
0 無 1 有	0 不要 1 要
0 無 1 有	0 不要 1 要
0 無 1 有	0 不要 1 要
0 無 1 有	0 不要 1 要
0 無 1 有	0 不要 1 要
0 無 1 有	0 不要 1 要
0 無 1 有	0 不要 1 要
0 無 1 有	0 不要 1 要
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。

伝票コード  
 K 3 0 / 0 0 6 4 0

団体保障事業部		
点検	入力	入力後点検

<連絡欄>

