

総合福祉団体定期保険 保険金変更通知書

必ず(和暦にて)ご記入ください。

注) 当社宛のご提出が遅れた場合、お申し出どおりのお取扱いができない場合がありますのでご注意ください。

お申し出年月日となりますので必ずご記入ください。

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

2 この通知書の相違ありません。

1 ページ ~ 3 ページ に記載された事項は事実と

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ページ目の記入で結構です。

4 団体番号 結合 CD 事業所番号 枚 CD
0 9 0 0 0 0 0 0 0 0

手続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。

5 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。

新主契約保険金額
金額指定で変更する場合、ご記入ください。

新増額種別コード
保険金を増額種別コードで変更する場合、ご記入ください。

新給与金額(円)
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(方) (契約者使用欄)	変更項目	被保険者番号(右詰)	新主契約保険金額 円	新増額種別コード	新給与金額(円)	第一生命使用欄
1	2 保険金 変更	40	100	56	57	68
2	2 保険金 変更	74	200	86	90	70
3	2 保険金 変更	107	300	117	124	129
4	2 保険金 変更	141	0	154	159	163
5	2 保険金 変更	175	0	187	193	197
6	2 保険金 変更	209	0	220	226	230
7	2 保険金 変更	243	0	254	259	263
8	2 保険金 変更	277	0	287	293	297
9	2 保険金 変更	311	0	323	329	333
10	2 保険金 変更	345	0	357	363	367

変更後の主契約保険金額をご記入ください。

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。

注意1. お手続きが遅れた場合、お申し出どおりのお取扱い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

点検	入力	入力後点検

<連絡欄>



2932030018