

総合福祉団体定期保険
被保険者項目訂正通知書 I

(被保険者名・生年月日・性別)

総合福祉
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

4 団体番号 09 結合 CD 事業所番号 00000000 校 CD 00

1 保 険 契 約 者
団体名
代表者

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。

5 ページ

6 変更年月日(和暦)
年 月 日 01

7 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。

<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。

被保険者名(カナ) « 契約者使用欄 »	被保険者番号(右詰)	本配子区分	CD	① 変更後被保険者名(カナ)	② 生年月日(和暦)	③ 性別
	39	50	51	70	71 昭 年 月 日 77 78	① 男 ② 女
	81	92	93	112	113 昭 年 月 日 119 120	① 男 ② 女
	123	134	135	154	155 昭 年 月 日 161 162	① 男 ② 女
	165	176	177	196	197 昭 年 月 日 203 204	① 男 ② 女
	207	218	219	238	239 昭 年 月 日 245 246	① 男 ② 女
	249	260	261	280	281 昭 年 月 日 287 288	① 男 ② 女
	291	302	303	322	323 昭 年 月 日 329 330	① 男 ② 女
	333	344	345	364	365 昭 年 月 日 371 372	① 男 ② 女
	375	386	387	406	407 昭 年 月 日 413 414	① 男 ② 女
	417	428	429	448	449 昭 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。

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



2932010010