

総合福祉団体定期保険
名簿保管団体異動通知書

第一生命保険株式会社(事務幹事会社)行

以下のとおり、被保険者の異動を通知します。
なお、今回および過去に被保険者になることに同意しなかった者については除外
しています。また、7(加入・増額の再申出)に記載された全ての被保険者が、
同時に案内される個人情報取扱について同意していることを確認しました。
以下に記載された事項は事実に相違ありません。もしこの事実に相違した場
合は、契約の全部または一部が解除されても異議ありません。今回の手続きは、
保険契約者(または事務代行者)としての手続きであることに相違ありません。

訂正する場合の修正方法

- ① 訂正箇所を二重線で抹消
- ② 余白部分に訂正者の押印またはご署名(フルネーム)
- ③ 正しい内容をご記入

1

団体名
代表者名
事務担当者名(フルネーム)

保
険
契
約
者

1 ~ 7 の欄に、ご記入ください。

2 告知日(記入日)(和暦)
年 月 日 必ずご記入
ください。

異動年月日は、異動された日の翌月応当日(通常
は1日)となります。
加入・増額について異動年月日を過ぎて当社へ到着
した場合、この申込書が到達した日から(増額の場合
は増額部分について)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。

3 団 体 番 号
0 9 結合 CD
10 20

4 異動年月日(和暦)
年 月 日 0 1
21 26

5 異 動 内 容
(①~⑦まで、すべて記入してください)

	人 員 (名)	保 険 金 額 (万 円)
前月合計 ①	千 百 徳 千 万 万	
主要約異動内訳	加 入 ② 29 千 34 35 百 徳 千 万 万 ⁴³	
	増 額 ③ 45 千 50 51 百 徳 千 万 万 ⁵⁹	
	脱 退 ④ 61 千 66 67 百 徳 千 万 万 ⁷⁵	
	減 額 ⑤ 77 千 82 83 百 徳 千 万 万 ⁹¹	
	死 亡 高 度 障 害 ⑥ 93 千 98 99 百 徳 千 万 万 ¹⁰⁷	
当 月 合 計	人 員 (名) 109 千 114 115 百 徳 千 万 万 ¹²³	保 険 金 額 (万 円)
主 契 約 ⑦		
ヒューマンヴァリュー 特約	125 130 131 百 徳 千 万 万 ¹³⁹	
災害総合 保障特約	141 146 147 百 徳 千 万 万 ¹⁵⁵	

人 員 : ⑦=①+②-④-⑥
保 険 金 額 : ⑦=①+②+③-④-⑤-⑥
となることを確認してください。

- **お手続きにあたって**
- 増額③、減額⑤については、変更前保険金額との差額をご記入ください。
 - 「新たに加入される方」もしくは「契約変更による増額をされる方」がいる場合は、被保険者同意確認資料を必ず併せてご提出ください。
 - 死亡の場合は、「総合福祉団体定期保険支払請求書」をご提出ください。
(高度障害の場合は、ご請求の結果、お支払いが確定した後、異動通知書をご提出ください。)

注意: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。予めご了承願います。

6 告 知

今回、新たに加入される方および契約変更による増額をされる方について、ご記入ください。

①	<input type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない	告知日現在、病気やけがにより休務中の方や健康上の理由で正常に就業していない方(就業の制限(※)を含む)はいませんか。
②	<input type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない	告知日から過去1年以内に、病気やけがにより継続して2週間以上休務された方はいませんか。

*告知事項①および②の「休務」、①の「健康上の理由」には、『労働基準法』第65条に基づく産前・産後休業、『育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律』第2章及び第3章に基づく育児休業及び介護休業の事由のみで休務されている場合は含まれません。
※「就業の制限」とは勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。

◆上記①もしくは②で「いる」の場合、別途「契約者一括告知書」をご記入のうえご提出ください。

7 加入・増額の再申出

左記の加入・増額申込者のうち、「過去にご加入・増額いただけなかった方」については、以下にカナ氏名・生年月日(和暦)・今回お申込の主契約保険金額(万円)をご記入ください。

カナ氏名	生年月日	保険金額
1	昭 平 年 月 日	万円
2	昭 平 年 月 日	万円
3	昭 平 年 月 日	万円
4	昭 平 年 月 日	万円
5	昭 平 年 月 日	万円

第一生命使用欄

伝 票 コ ー ド

K30/00200

団体保障事業部
点検 入力 入力後点検
承諾

<連絡欄>

- 通知
- 同包
- 同個

団体保障事業部
受付印

書類受領所管
受付印

