

総合福祉団体定期保険 名簿保管団体異動通知書

告知日（記入日）となります。なお、責任開始期へ影響のある重要事項ですので、当社へ提出する前にご記入漏れがないかご確認ください。

異動年月日を必ず(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。

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、除外されています。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の取扱い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と相違ありません。もしこの事実と相違した場合は、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)としての手続きであることに相違ありません。

1 ~ 7 の欄に、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、この申込書が到着した日から(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。

告知日(記入日)(和暦)

必ずご記入ください。

団体番号

結合 CD

異動年月日(和暦)

告知

今回、新たに加えら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	☒ いる ☐ 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	☒ いる ☐ 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「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」は、医師等が労働の合意をい

①②の欄の「いる」「いない」に○をご記入ください。なお、「いる」に○を記入した場合は、別途「契約者一括告知書」をご提出ください。

左記の加入・増額申込者のうち、「過去にご加入・増額しただけなかった方」については、以下にカネ氏名・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。

カネ氏名	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

- 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。
- 1. 増額③、減額④
 - 2. 「新たに加入された方」は、被保険者となることを確認してください。
 - 3. 死亡の場合は、(高度障害の場合)は、訂正書の提出を要する場合があります。訂正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いをいたしかねる場合がございます。予めご了承ください。

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
☐ 同梱

団体保障事業部 受付印

書類受領所管 受付印



団保[登]06145-06 2024.6 保存期間3年 困