

3大疾病サポート保険（団体型）

脱退通知書

第一生命保険株式会社 行

以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

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 |
| | | |

同じ脱退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 | | | | 事業所番号 | | | |
|------|---|----|----|-------|---|---|---|
| 2 | 9 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | | 21 | 28 | | | | |

5

| ページ | |
|-----|----|
| | |
| 29 | 32 |

6

| 脱退年月日（和暦） | | |
|-----------|---|----|
| 年 | 月 | 日 |
| | | 01 |
| 33 | | 38 |

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。

必ずご記入ください。

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。

脱退年月日は、退職等で加入資格を失われた日の翌月応当日（通常は1日）となります。

| | 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） | | 本配子 区分 | CD |
|----|---------------------------|---------|------------|----|-----------|-----|
| | | | 39 | 40 | | |
| 1 | | 1 脱退 | | | 0 | 51 |
| 2 | | 1 脱退 | | | 0 | 85 |
| 3 | | 1 脱退 | | | 0 | 119 |
| 4 | | 1 脱退 | | | 0 | 153 |
| 5 | | 1 脱退 | | | 0 | 187 |
| 6 | | 1 脱退 | | | 0 | 221 |
| 7 | | 1 脱退 | | | 0 | 255 |
| 8 | | 1 脱退 | | | 0 | 289 |
| 9 | | 1 脱退 | | | 0 | 323 |
| 10 | | 1 脱退 | | | 0 | 357 |

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. 脱退される方について、保険金の支払事由（がん・急性心筋梗塞・脳卒中等）に該当している方がいる場合は、すみやかに請求手続きをしてください。支払事由の詳細は、「ご契約のしおり-約款」をご確認ください。

伝票コード

| |
|---|
| K 3 0 / 0 0 6 4 0 |
| 1 5 9 |

<連絡欄>

| 団体保障事業部 | | |
|---------|----|-------|
| 点検 | 入力 | 入力後点検 |
| | | |

