

3 大疾病サポート保険 (団体型)  
**保 険 金 変 更 通 知 書**

第一生命保険株式会社 行

以下のとおり、被保険者の保険金変更を通知します。

3 疾リポ  
整理番号バーコードシール貼付欄  
 (第一生命使用欄)

**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 結合 CD 事業所番号 枝 CD  
 29 00000000

**5** ページ  
 29 32

**6** 変更年月日 (和暦)  
 年 月 日 01  
 必ずご記入ください。

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。

主契約保険金額を  
 金額指定で変更する  
 場合、ご記入ください。

保険金を職種職階  
 コードで変更する場合、  
 ご記入ください。

| 1<br>2<br>3<br>4<br>5<br>6<br>7<br>8<br>9<br>10 | 被保険者名 (フリガナ)<br>《 契約者使用欄 》 | 変更項目           | 被保険者番号 (右詰) |    |    |    | 新主契約<br>保険金額 |    | 新職種職階コード |    | 第一生命使用欄 |         |               |  |
|---|----------------------------|----------------|-------------|----|----|----|--------------|----|----------|----|---------|---------|---------------|--|
|   |                            |                | 39          | 40 | 51 | 52 | 56           | 57 | 60       | 70 | 71      | 534     |               |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |
|   |                            | 2<br>保険金<br>変更 |             |    | 0  |    |              | 0  |          |    | 0       | 無<br>1有 | 0<br>不要<br>1要 |  |

注意1. お手続きが遅れた場合、お申し出ご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。

伝票コード  
**K30/00640**

<連絡欄>

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

