

3 大疾病サポート保険 (団体型)  
**保険金変更通知書**

3 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 行

以下のとおり、被保険者の保険金変更を通知します。

**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。

**4** 団体番号 結合 CD 事業所番号 枝 CD  
 29 00000000

**5** ページ

**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 2 3 4 5 6 7 8 9 10	被保険者名 (フリガナ) 《 契約者使用欄 》	変更項目	被保険者番号 (右詰)				新主契約 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 保険金 変更			0			56 万円			0	無 1) 有	0 不要 1) 要	
		2 保険金 変更			0			90 万円			0	無 1) 有	0 不要 1) 要	
		2 保険金 変更			0			124 万円			0	無 1) 有	0 不要 1) 要	
		2 保険金 変更			0			158 万円			0	無 1) 有	0 不要 1) 要	
		2 保険金 変更			0			192 万円			0	無 1) 有	0 不要 1) 要	
		2 保険金 変更			0			226 万円			0	無 1) 有	0 不要 1) 要	
		2 保険金 変更			0			260 万円			0	無 1) 有	0 不要 1) 要	
		2 保険金 変更			0			294 万円			0	無 1) 有	0 不要 1) 要	
		2 保険金 変更			0			328 万円			0	無 1) 有	0 不要 1) 要	
		2 保険金 変更			0			362 万円			0	無 1) 有	0 不要 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。

第一生命使用欄

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



2920030013