

3大疾病サポート保険(団体型) 保険金変更通知書

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。

お申し出年月日となりますので必ずご記入ください。

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。

1 保険契約者
 株式会社〇〇〇〇
 代表取締役 第一太郎

2 担当者の氏名
 〇〇〇〇

3 申し出年月日
 年 月 日

4 団体番号
 219 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

5 パーソナル番号
 1

6 変更年月日(和暦)
 年 月 日

7 変更内容

契約者名(フリガナ) (※契約者任用欄)	変更前	変更後
1	100	100
2	200	350
3	300	200
4	0	100
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0

山田 一郎

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。

K30/00640

2920030013

変更後の主契約保険金額をご記入ください。

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。