

第一生命保険株式会社 行

以下のとおり、被保険者の所属変更を通知します。

1

保 険 契 約 者	団 体 名
	代 表 者

1 ~ **7** の欄に、ご記入ください。

2 この通知書の相違ありません。**1** ページ ~ **7** ページに記載された事項は事実
 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

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。

変更年月日は、変更された日の翌月応当日 (通常は1日) となります。

4

団 体 番 号	結 合	CD	事 業 所 番 号	枝	CD
2 9			0 0 0 0 0 0 0 0		

5

ペ ー ジ

6

変 更 年 月 日 (和 暦)
年 月 日
0 1

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。

カナまたはコードで、左詰めでご記入ください。

	被 保 険 者 名 (カナ) << 契約者使用欄 >>	被 保 険 者 番 号 (右 詰)		新 所 属 (左 詰)	
		未配字部分	CD		
1		39	50	51	70
2		82	93	94	113
3		125	136	137	156
4		168	179	180	199
5		211	222	223	242
6		254	265	266	285
7		297	308	309	328
8		340	351	352	371
9		383	394	395	414
10		426	437	438	457

注意1. お手続きが遅れた場合、お申し出ど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

K 3 0 / 0 0 7 3 0
1 5 9

<連絡欄>

団体保障事業部		
点検	入力	入力後点検

