

# 3大疾病サポート保険(団体型) 所属変更通知書

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) 所属変更通知書

第一生命保険株式会社 行

1 会社名  
株式会社〇〇〇〇

2 この通知書の  
組織ありま  
せん。

3 1 2 3  
ここに記載された事項は事実  
に  
成し変更年月日と複数枚と提出の場合は、  
最終ページをご記入ください。  
ご記入ある場合は契約首領は1ページ目  
のみご記入で結構です。

4 29 00000000

5 1

6 変更年月日(和暦)  
● ● 01

7 手帳上記入の必要はござい  
ませんが、必要に応じて利用  
ください。

8 被保険者番号は、誤りがないよう  
必ず被保険者名簿を確認の上、  
右詰めでご記入ください。

9 ページをご記入ください。  
ご記入ある場合は契約首領は  
1ページ目のみご記入で結構です。

10 変更年月日は、変更された日の  
翌月定休日(通常は1日)とな  
ります。

被保険者名(カタ <<契約変更可製>>)	被保険者番号(右詰)	新所属(左詰)
	1 0	202000000
	2 0	202000000
	3 0	102000000 <del>202000000</del> 山田 一郎
	4 0	
	5 0	
	6 0	
	7 0	
	8 0	
	9 0	
	10 0	

変更後の所属コード  
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。

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じかぬ場合がございます。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 使用例

所属コード  
K30 / 00730

印欄

第一生命保険株式会社 印欄

第一生命保険株式会社 印欄

2920040012

印刷(期) 15049-02 2021.1 保存期間3年