

3 大疾病サポート保険 (団体型)
被保険者項目訂正通知書 I

(被保険者名・生年月日・性別)
第一生命保険株式会社 行

以下のとおり、被保険者の項目変更および訂正を通知します。

3 大疾病サポート
整理番号バーコードシール貼付欄
(第一生命使用欄)

1

| | | |
|-----------------------|-----|--|
| 保 險 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 ~ ページに記載された事項は事実
に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 | 事業所番号 |
| 29 結合 CD 00000000 技 CD | |

5 ページ

6 変更年月日 (和暦)

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| 01 |

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。

<変更項目①>
被保険者名を変更する
場合、ご記入ください。

<変更項目②>
生年月日を変更する
場合、ご記入ください。

<変更項目③>
性別を変更する
場合、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) | 半 角 区 分 CD | ①変更後被保険者名 (カナ) | | ②生年月日 (和暦) | | ③性別 | |
|----|--------------------------------|-------------------|------------------------|----------------|---------|------------|----------|----------|--|
| | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | ①男 ②女 | ①男 ②女 | | |
| 1 | | 39 0 50 51 | | | 70 71 | 年 月 日 | 77 78 | ①男 ②女 | |
| 2 | | 81 0 92 93 | | | 112 113 | 年 月 日 | 119 120 | ①男 ②女 | |
| 3 | | 123 0 134 135 | | | 154 155 | 年 月 日 | 161 162 | ①男 ②女 | |
| 4 | | 165 0 176 177 | | | 196 197 | 年 月 日 | 203 204 | ①男 ②女 | |
| 5 | | 207 0 218 219 | | | 238 239 | 年 月 日 | 245 246 | ①男 ②女 | |
| 6 | | 249 0 260 261 | | | 280 281 | 年 月 日 | 287 288 | ①男 ②女 | |
| 7 | | 291 0 302 303 | | | 322 323 | 年 月 日 | 329 330 | ①男 ②女 | |
| 8 | | 333 0 344 345 | | | 364 365 | 年 月 日 | 371 372 | ①男 ②女 | |
| 9 | | 375 0 386 387 | | | 406 407 | 年 月 日 | 413 414 | ①男 ②女 | |
| 10 | | 417 0 428 429 | | | 448 449 | 年 月 日 | 455 456 | ①男 ②女 | |

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

K 30 / 00720

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

<連絡欄>

