

# 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

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)  
**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。

1 保険契約者  
 株式会社〇〇〇〇  
 代表取締役 第一太郎

2 相違ありません。  
 3 記載された事項は事実と異なり変更年月日で複数の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にページ番号の記入で結構です。

4 出稼番号 29 00000000

5 ページ 1  
 6 生年月日(和暦) 〇〇 〇〇 〇〇

7 被保険者番号は、読み間違いにより被保険者名簿が印刷されない可能性があります。右記めをご記入ください。

被保険者名(カナ)	被保険者番号(右詰)	①変更後被保険者名(カナ)	②生年月日(和暦)	③性別
	1 0			
	2 0		〇57 12 31	山田 一郎
	3 0	サイトウ ハナコ		
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			

以下の被保険者項目のうち変更のある項目のみご記入ください。

- 被保険者名(カナ)
- 生年月日(和暦)
- 性別

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、お申出の届き次第に訂正を行います。  
 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。

K30/00720

印欄  
 印欄  
 印欄

