

総合福祉団体定期保険  
脱退通知書

総合福祉  
整理番号バーコードシール貼付欄  
(第一生命使用欄)

第一生命保険株式会社（事務幹事会社） 行

以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。

1 ~ 7 の欄に、ご記入ください。

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

同じ脱退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

1

団体名  
契約者  
代表者

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。

脱退年月日は、退職等で加入資格を失わ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  
09 00000000  
10 21 28

5 ページ

6

脱退年月日(和暦)  
年 月 日  
0 1  
33 38

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。

必ずご記入ください。

被保険者名(カナ) « 契約者使用欄 »	変更項目	被保険者番号(右詰)	年齢区分	CD
1	1 脱退	0		
2	1 脱退	0		
3	1 脱退	0		
4	1 脱退	0		
5	1 脱退	0		
6	1 脱退	0		
7	1 脱退	0		
8	1 脱退	0		
9	1 脱退	0		
10	1 脱退	0		

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. 死亡脱退の場合、必ず保険金請求書類をご提出ください。

注意3. 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

K30/00640  
1 5 9

<連絡欄>

団体保障事業部		
点検	入力	入力後点検



2932060015