

総合福祉団体定期保険
保険金変更通知書

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、被保険者の保険金変更を通知します。

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

4 団体番号 事業所番号
 09 結合 CD 00000000 枝 CD

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。

主契約保険金額を金額指定で変更する場合、ご記入ください。

保険金を職種階級コードで変更する場合、ご記入ください。

保険金を給与金額で変更する場合、ご記入ください。

1	2	3	4	5	6	7	第一生命使用欄	
							告知	71
1	2 保険金変更	40	51	52	56	61	70	71
2	2 保険金変更	74	85	86	90	95	104	105
3	2 保険金変更	108	119	120	124	129	138	139
4	2 保険金変更	142	153	154	158	163	172	173
5	2 保険金変更	176	187	188	192	197	206	207
6	2 保険金変更	210	221	222	226	231	240	241
7	2 保険金変更	244	255	256	260	265	274	275
8	2 保険金変更	278	289	290	294	299	308	309
9	2 保険金変更	312	323	324	328	333	342	343
10	2 保険金変更	346	357	358	362	367	376	377

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
K30/00640

<連絡欄>

団体保障事業部	書類受領所管
点検	受付印
入力	受付印
入力後点検	

2932030018