

総合福祉団体定期保険 保険金変更通知書

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。

総合福祉団体定期保険
保険金変更通知書

第一生命保険株式会社(東京証券会社) 行

1 会社名 株式会社〇〇〇〇

2 代表取締役 第一太郎

3 記入してください

4 09.00.00.00.00.00

5 1

6 0.1

7

契約者名(カタ)	変更前	変更後	主契約の保険金額	補償期間(年)	新契約金額(円)	備考
1	2	1	100			
2	2	2	350			
3	2	3	200			
4	2	0	100			
	2		山田 一郎			
6	2					
7	2					
8	2					
9	2					
10	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。

注1 お手紙が通じた場合、お申し出内容が取り扱えない場合があります。あらかじめご了承ください。

注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。

第一生命保険

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1

電話 03-3203-0016

2932030016

変更後の主契約保険金額をご記入ください。

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。