

団体番号・被保険者番号変更(訂正)通知書

第一生命保険株式会社(事務幹事会社) 行

以下のとおり、団体番号・被保険者番号の変更(訂正)を通知します。

1 ~ 8 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(変更前) 事業所番号 0 9 0 0 0 0 0 0 0 0

5 ページ 6 変更年月日(和暦) 年 月 日 0 1

7 団体番号の変更がない場合でも必ずご記入ください。 団体番号(変更後) 事業所番号(新) 0 9 0 0 0 0 0 0

第一生命使用欄 変更区分 0 0

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。

8

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。

以下 0~2 いずれかの記載要 0: 団体番号のみ変更 団体番号・被 番号変更 1: 被 番号のみ変更 2: その他

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。

Table with columns for name, old policy number, and new policy number. Includes arrows indicating the transition from old to new numbers.

注意 1. 番号変更(訂正)と同時に保険金変更がある場合は「保険金変更通知書」を併せてご提出ください。 注意 2. 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。

第一生命使用欄

伝票コード

K30/0A050

<連絡欄>

Table with columns for inspection points: 点検, 入力, 入力後点検

