

総合福祉団体定期保険
所属変更通知書

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、被保険者の所属変更を通知します。

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 校 CD
10 21 28

1 団体名
1 代表者

5 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。

6 変更年月日は、変更された日の翌月応当日(通常は1日)となります。

5 ページ
29 32

6 変更年月日(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。

カナまたはコードで、左詰めでご記入ください。

被保険者名(カナ) 《契約者使用欄》	被保険者番号(右詰)		新所属(左詰)	
	本配子区分	CD		
1	39	50	51	70
2	82	93	94	113
3	125	136	137	156
4	168	179	180	199
5	211	222	223	242
6	254	265	266	285
7	297	308	309	328
8	340	351	352	371
9	383	394	395	414
10	426	437	438	457

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. 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
K30/00730
1 5 9

<連絡欄>

団体保障事業部		
点検	入力	入力後点検



2932040017