

総合福祉団体定期保険 被保険者項目訂正通知書 I

総合福祉団体定期保険 被保険者項目訂正通知書 I

(被保険者名・生年月日・性別)

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。

1. 会社名

2. この通知書の1.～3.に記載された事項は事実と相違ありません。

3. 訂正する項目

4. 訂正する内容

1. 株式会社〇〇〇〇

代表取締役 第一太郎

7. 訂正する項目

① 被保険者名(カナ) ② 被保険者番号(志願) ③ 訂正する被保険者名(カナ) ④ 生年月日(和暦) ⑤ 性別

被保険者名(カナ)	被保険者番号(志願)	訂正する被保険者名(カナ)	生年月日(和暦)	性別
	10		57 3 12	山田 一郎
サイトウ ハナコ	30			
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			

以下の被保険者項目のうち変更のある項目のみご記入ください。

- 被保険者名(カナ)
- 生年月日(和暦)
- 性別

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. お手続が遅れた場合、お申し出内容の事項が保険料率に反映されず、お支払いが滞ります。
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。

保険料率

K,30 / 0,0720

訂正者

印

2832010010