

総合福祉団体定期保険 被保険者内容変更通知書 記入例

(性別・生年月日訂正)

- 被保険者の内容に変更があった場合は、この書類をすみやかに当社宛にご提出ください。
- 本帳票を入力後、印刷すると「ご契約者様控」も一緒に出力されます。
当社からお送りする異動明細にお手続き事項が反映されるまで大切に保管ください。
 白紙で印刷し手書きで記入した場合はコピーをとり保管してください。

ご契約者様が本通知を発信する日を記入してください。

当社発行の被保険者名簿で被保険者番号をご確認のうえ、必ず記入してください。

被保険者名をカナで必ず記入してください。

変更・訂正項目に○をつけ、訂正後の内容を記入してください。

訂正例

印刷した後に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で取り消し、届出印欄に押印した印鑑と同じ印を訂正印として押してください。

総合福祉団体定期保険・団体定期保険 被保険者内容変更通知書

SOMPOひまわり生命保険株式会社宛 以下の被保険者につき変更がありましたので通知いたします。

通知発信日 令和 1年 10月 21日 証券番号(契約番号) 夕 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

(死亡保険金受取人変更について)
死亡保険金受取人は被保険者の同意を得たうえで行う必要があります。
この場合、本通知が当社に到着した時は、保険契約者が本通知を発信した日(通知発信日)に遡って死亡保険金受取人の効力が発生します。

団体名 **ひまわり商事 株式会社** 届出印

代表者役職・氏名 **代表取締役 新宿 太郎**

被保険者番号 **1021-00** 家族区分 本人 配偶者 子ども 本人(団体員区分)

(旧)被保険者名(カナ) **ヒマワリ ユミ**

<死亡保険金受取人の個人情報取扱について>
変更後の死亡保険金受取人の個人情報について、被保険者の個人情報と同様に取扱われることを死亡保険金受取人からも同意を取得しました。

変更・訂正項目の番号を○で囲んで、変更・訂正後の内容をご記入ください。

変更・訂正項目	変更・訂正後の内容
① 氏名変更・訂正	(フリガナ) (漢字)
② 性別訂正	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女
③ 生年月日訂正	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 60年 10月 20日
④ 死亡保険金受取人変更 (団体定期保険のみ)	続柄 (フリガナ) 他 (該当のものに○をつけてください) ① 配偶者 ② 子ども ③ 父母 ④ 祖父母 ⑤ 兄弟姉妹 ⑥ 法定相続人 ⑦ 事業主 ⑧ その他 ⑨ 約款順位 <small>「法定相続人」「約款順位」以外の場合にご記入ください。受取人を複数指定する場合は「他」の欄に人数を記載のうえ、その他変更・訂正事項欄に他受取人の「名前(フリガナ)・続柄コード・受取割合(合計100%)」をご記入ください。</small>
⑤ その他変更・訂正事項	

① 未入力チェック 未入力フィールドをハイライト表示
② 未入力チェックを消す ファイル内のハイライトを全て消す

(20110056) 802738 2100

【未入力箇所を確認する方法】
 ① ボタンを押すと、入力していない箇所が強調されます。
 ② ボタンを押すと強調表示が消えます。
 ※性別・元号はハイライトされません。