

総合福祉団体定期保険 被保険者内容変更通知書 記入例
(改姓・改名の場合)

- 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お手元に保管してください。

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。

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。

①に○をつけ、変更後の内容を記入してください。

ご契約者様が本通知を発信する日を記入してください。

総合福祉団体定期保険 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

届出印欄: ひまわり商事 株式会社 代表取締役 新宿 太郎

被保険者番号: 22 21 00

(E)被保険者名(カナ): ヒマワリ ユミ

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) ツキジ ユミ (漢字) 築地 由美 | | | | | | | | | | | | |
| ② 性別訂正 | ①男 ②女 | | | | | | | | | | | | |
| ③ 生年月日訂正 | ③昭和 ④平成 ⑤令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| ④ 死亡保険金受取人変更 (団体定期保険のみ) | <table border="1"> <tr> <td>続柄 (該当のものに○をしてください)</td> <td>(フリガナ)</td> <td>他</td> </tr> <tr> <td>①配偶者 ②子ども ③父母</td> <td>(漢字)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>④祖父母 ⑤兄弟姉妹 ⑥法定相続人</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑦専業主 ⑧その他 ⑨約款順位</td> <td></td> <td>人</td> </tr> </table> | 続柄 (該当のものに○をしてください) | (フリガナ) | 他 | ①配偶者 ②子ども ③父母 | (漢字) | | ④祖父母 ⑤兄弟姉妹 ⑥法定相続人 | | | ⑦専業主 ⑧その他 ⑨約款順位 | | 人 |
| 続柄 (該当のものに○をしてください) | (フリガナ) | 他 | | | | | | | | | | | |
| ①配偶者 ②子ども ③父母 | (漢字) | | | | | | | | | | | | |
| ④祖父母 ⑤兄弟姉妹 ⑥法定相続人 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦専業主 ⑧その他 ⑨約款順位 | | 人 | | | | | | | | | | | |
| ⑤ その他変更・訂正事項 | | | | | | | | | | | | | |

未入力チェック: 未入力フィールドをハイライト表示 / 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

【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。