

# 総合福祉団体定期保険 被保険者脱退(死亡)通知書

ご契約者様は控えとして本紙コピーをとり大切に保管してください。

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 加入者につき、本書記載のとおり異動がありますので通知します。

団体名

届出印 

代表者役職・氏名

保険契約者

通知日 令和 年 月 日

証券番号 (契約番号)

該当するものに○を記入し、退職日・死亡日・その他脱退日に必ず記入願います。  
また、その他に該当する場合は、備考欄に理由を記入願います。

被保険者番号 必ず記入願います	被保険者名(カナ) 必ず記入願います	脱退区分	退職日・死亡日・その他脱退日	備考	会社使用欄
<input type="text"/>	<input type="text"/>	退職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	退職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	退職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	退職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	退職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	退職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	退職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	退職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	退職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	退職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		

営業店受付日	本社受付日	点検	決定
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>