

**【記入見本および記入上のご注意】**

保険金額を増額する場合は、該当する被保険者の方の健康状態をご確認のうえ、「いない」「いる」いずれかに○をつけて告知してください。

記入日（告知日）をさかのぼる増額はお引受けできません。

記入した日をご記入ください。

総合福祉団体定期保険  
無配当総合福祉団体定期保険

**被保険者保険金額変更・脱退（死亡）通知書**

FWD生命保険株式会社 御中

以下の被保険者について通知します。

証券番号 夕 1 0 5 0 0 0 0 0 0 0

異動年月 西暦 2021 年 12 月

記入日 (告知日) 西暦 2021 年 11 月 10 日

保 險 契 約 者	団体名	〇〇商事株式会社
	代表者役職名 氏名	代表取締役社長 見本 太郎



※保険金額を増額する方についてのみ告知してください。

告 知 事 項	① 申込日（告知日）現在、病気や傷害により休職中の方や健康上の理由で正常に就業していない方（勤務の特別取扱いを含む）はいませんか。	<input checked="" type="radio"/> いない	<input type="radio"/> いる
	② 申込日（告知日）より起算して過去1年以内に病気や傷害により継続して2週間以上欠勤または休業した方はいませんか。	<input type="radio"/> いない	<input checked="" type="radio"/> いる

必ず「いない」または「いる」を○で囲んで告知してください。  
告知事項①②のいずれかひとつでも「いる」に該当する場合、または被保険者が非常勤の方の場合は、該当の被保険者の「告知書」欄「有」を○で囲み、「被保険者告知書」を添付してください。

被保険者番号	区分	被保険者氏名（カナで記入）	保険金額変更（変更後の内容）				脱退				備考	
			増・減 区分	ランク	主契約 保険金額	告知書	脱退区分	死亡日 (死亡脱退の場合のみ)				
右づめで記入してください 2 5 0		ヒガシ イチロウ	<input type="radio"/> 増額 <input type="radio"/> 減額		万円	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 脱退 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 高度障害	西暦	年	月	日	
右づめで記入してください 1 2 2 0		ニシ ナナコ	<input type="radio"/> 増額 <input type="radio"/> 減額		万円	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 脱退 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 高度障害	2 0 2 1	1 1 1	1		
右づめで記入してください 3 9 0		キタガワ ジロウ	<input checked="" type="radio"/> 増額 <input type="radio"/> 減額	0 2	1 5 0 0	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 脱退 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 高度障害	西暦	年	月	日	
右づめで記入してください	0		<input type="radio"/> 増額 <input type="radio"/> 減額		万円	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 脱退 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 高度障害	西暦	年	月	日	
右づめで記入してください	0		<input type="radio"/> 増額 <input type="radio"/> 減額		万円	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 脱退 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 高度障害	西暦	年	月	日	

被保険者番号を必ずご記入ください。

カタカナでご記入ください。

誤記入は二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。  
届出印にて訂正印を押印してください。

ご契約時または改印届出済の印鑑と同一印を押印してください。

脱退の場合、いずれかの脱退区分を○で囲んでください。

死亡の場合のみ、「死亡日」欄にご記入ください。

告知事項の「いる」に該当する被保険者の方は○で囲み、被保険者告知書に加入者本人から告知いただき、添付してください。

【代理店・営業店使用欄】

取扱営業店	
代理店/取扱者	

【生保使用欄】

決裁	確認	本社	入力	受付

取扱営業店 受付

# 被保険者保険金額変更・脱退（死亡）通知書

記入日 (告知日)	西暦	年	月	日
--------------	----	---	---	---

FWD生命保険株式会社 御中

以下の被保険者について通知します。

証券 番号	夕																			
----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

異動年月	西暦	年	月
------	----	---	---

※保険金額を増額する方についてのみ告知してください。

告知事項	①	申込日（告知日）現在、病気や傷害により休職中の方や健康上の理由で正常に就業していない方（勤務の特別取扱いを含む）はいませんか。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	②	申込日（告知日）より起算して過去1年以内に病気や傷害により継続して2週間以上欠勤または休業した方はいませんか。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

必ず「いない」または「いる」を○で囲んで告知してください。  
告知事項①②のいずれかひとつでも「いる」に該当する場合、または被保険者が非常勤の方の場合は、該当の被保険者の「告知書」欄「有」を○で囲み、「被保険者告知書」を添付してください。

保 險 契 約 者	団体名	
	代表者役職名 氏名	<input type="text"/>

届出印

被保険者番号	区分	被保険者氏名（カナで記入）	保険金額変更（変更後の内容）				脱退			備考		
			増・減 区分	ランク	主契約 保険金額	告知書	脱退区分	死亡日 (死亡脱退の場合のみ)				
右つめで記入してください	0		<input type="radio"/>		万円	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	西暦	年	月	日	
右つめで記入してください	0		<input type="radio"/>		万円	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	西暦	年	月	日	
右つめで記入してください	0		<input type="radio"/>		万円	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	西暦	年	月	日	
右つめで記入してください	0		<input type="radio"/>		万円	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	西暦	年	月	日	
右つめで記入してください	0		<input type="radio"/>		万円	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	西暦	年	月	日	

【代理店・営業店使用欄】

取扱営業店	
代理店/取扱者	

【生保使用欄】

本社			
決裁	確認	入力	受付

取扱営業店 受付
-------------