



# 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"/> 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 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。

保険契約者	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"/> 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	
右つ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	
右つ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	
右つ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	
右つ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	

【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
-------------