

【記入見本および記入上のご注意】

変更する項目についてチェックのうえ、変更後の内容を右の欄にご記入ください。

総合福祉団体定期保険 無配当総合福祉団体定期保険 被保険者変更通知書

FWD生命保険株式会社 御中

以下の被保険者について変更がありましたので通知します。
貴社の個人情報の取扱いについて周知のうえ、被保険者の同意を得ています。

証券番号 **タ 1 0 5 0 0 0 0 0 0 0**

記入日 西暦 **2021** 年 **11** 月 **2** 日

保険契約者	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



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。

被保険者番号		区分	被保険者氏名	変更する項目	被保険者氏名	性別	生年月日			
右づめで記入してください 9 9 9 0		カナ	ヒガシ シロウ	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日	カナ 漢字	1.男性 2.女性	3.昭和 4.平成	年	月	日
右づめで記入してください 1 2 3 0		カナ	ニシ ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 生年月日	カナ 漢字	1.男性 2.女性	3.昭和 4.平成	年	月	日
右づめで記入してください		カナ		<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 生年月日	カナ 漢字	1.男性 2.女性	3.昭和 4.平成	年	月	日
右づめで記入してください		カナ		<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 生年月日	カナ 漢字	1.男性 2.女性	3.昭和 4.平成	年	月	日
右づめで記入してください		カナ		<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 生年月日	カナ 漢字	1.男性 2.女性	3.昭和 4.平成	年	月	日
右づめで記入してください		カナ		<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 生年月日	カナ 漢字	1.男性 2.女性	3.昭和 4.平成	年	月	日

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。

被保険者番号を必ずご記入ください。

フリガナも必ずご記入ください。
なお、システム上使用できない漢字（外字）は類似の漢字に置き換えるか、またはカナ（フルネーム）で入力となりますことご了承ください。

【代理店・営業店使用欄】		【生保使用欄】			
取扱営業店		本社		取扱営業店	
代理店/取扱者		決裁	確認	入力	受付
					受付

