

日整連「ミニ医療保険R」 加入内容変更依頼書

窓口 記入欄	県	支部	事業所	事業所名
-----------	---	----	-----	------

下記のとおり変更訂正の通知をいたします。

事業所 署名・捺印欄	記入日	令和 年 月 日	法人の場合は代表者印 個人の場合は個人印
	※法人は「法人名・肩書・代表者名」、個人事業主は「事業所名・代表者名」をご記入ください。		印

加入者(事業所)情報の変更

住所・電話番号の変更

※変更項目に☑し、変更後の情報をご記入ください。

住所	(カナ)
電話番号	- -

事業所名の変更

事業所名	(カナ)
------	------

代表者の変更

代表者名	(カナ)		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

被保険者情報の変更

変更コード

1. 氏名変更 2. 氏名訂正 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 5. 転籍

(変更コード)	(被保険者No.)	(証券番号) 記入不要	被 保 険 者	(カナ)
変更前			変更後	
(備考欄)				

※生年月日・性別は、加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。詳細は重要事項説明書をご参照ください。

<ご加入に際して>私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。①私が契約者である企業または団体の構成員であること②重要事項説明書の内容③重要事項説明書添付の「加入内容確認事項」の内容④重要事項説明書等に記載の「個人情報の取り扱いに関するご案内」の内容⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容

転籍時 事業所 署名・捺印欄	記入日	令和 年 月 日	法人の場合は代表者印 個人の場合は個人印
<ご加入に際して>の内容について同意します。			印
※法人は「法人名・肩書・代表者名」、個人事業主は「事業所名・代表者名」をご記入ください。			