

- 特定退職金共済制度 経営者年金制度
 年金共済制度 生命共済制度
(該当制度にチェック☑をしてください)

加入者項目変更・訂正通知書

新潟商工会議所

御中

20 年 月 日

現在加入中の制度に関し、下記のとおり変更・訂正がありましたので通知します。

団体番号	加入者番号	フリガナ 加入者氏名
フリガナ		
事業所名		印
フリガナ		
事業所住所	〒 - TEL ()	

留意事項

- 変更・訂正のある項目のみご記入ください。
- 加入者氏名の変更・訂正の場合は、加入者証を同時にご提出ください。
- 事業所印を押印ください。ただし、年金共済制度(個人年金)は不要です。
- 生命共済制度において、保険金受取人を変更する場合は、加入者が記入(自署)してください。
- 保険金受取人の変更は、加入者(被保険者)の同意を得たうえで行う必要があります。この場合、本通知書が大樹生命保険株式会社に到着したときに、団体(保険契約者)が本通知書を発信した日(「通知発信日」欄に記載の日)に遡って保険金受取人変更の効力が

■ 変更・訂正のある項目番号に○のうえ、該当内容をご記入ください。

変更・訂正項目	変更・訂正前	変更・訂正後
① フリガナ 加入者氏名		➔
② 加入者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	➔ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
③ 加入者性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	➔ <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

④ ▼ 保険金受取人を変更する場合、加入者ご本人が記入をお願いします。

保険金受取人 (生命共済制度のみ)	下記保険金受取人の変更にご同意します。また、変更後受取人は下記【個人情報の取扱い】の記載内容について承知し、同意しております。	加入者氏名 (自署)	
	フリガナ	続柄コード	フリガナ

続柄コード 2. 配偶者 3. 子 4. 父母、兄弟姉妹、祖父母、孫
5. 事業主 6. 約款順位 9. その他

【個人情報の取扱い】

保険契約者は本通知書に記載の死亡保険金受取人の個人情報(氏名、加入者との続柄等)を本保険制度の事務手続きのため使用し、保険契約者が保険契約を締結する引受保険会社(共同取扱会社を含みます)へ提出します。

引受保険会社は受領した個人情報を各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、その他保険に関連・不随する業務のため利用し、また、保険契約者および他の引受保険会社に上記目的の範囲内で提供します。

なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き、保険契約者および引受保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。引受保険会社は、今後、変更する場合があります、あるいは、再保険の取扱いを行う場合もありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社、

大樹生命保険株式会社 宛

※当社へ送付・郵送する日を団体(保険契約者)がご記入ください。
※保険金受取人変更の場合は必ずご記入ください。

上記制度加入者につきまして、加入者項目の変更・訂正の申し出を受けましたので

通知いたします。

また、保険金受取人を変更するときは、加入者(被保険者)の同意を得ております。

添付書類 加入者証 有 無

通信欄

通知発信日 20 年 月 日
西暦で記入ください

保険契約者
(団体)
代表者名

印
(お届け印)

大樹生命使用欄	営業部・法人部受理日	担当者印	本店受付日	入力日
---------	------------	------	-------	-----