

団体定期保険・無配当団体定期保険
 団体3大疾病保障保険（ホスピタV）
 医療保障保険（団体型）

被保険者内容変更通知書

住友生命保険相互会社 行

証券番号 5 4 7 5 3 5 2 0 5

収納番号 0 0 0 0 0 0 1

医療保障保険（団体型）は記入不要

必ずご記入ください。

被保険者番号（11桁） または 個人コード	（旧）被保険者名（カナ）		家族区分	子ども番号
	セイ	メイ	本人 配偶者 子ども	

変更・訂正がある項目のみ、新内容をご記入ください。

変更後 被保険者名（カナ）	性別	生年月日
セイ	男 女	(和暦) 年 月 日
個人コード	所属コード	所属コード変更年月
		(和暦) 年 月

親子結合契約かつ保険料をそれぞれの会社から払い込まれている場合で、会社間で被保険者の転出・転入が発生した際にご記入ください。

転籍	転籍年月	転籍先収納（証券）番号	転籍先団体名	転籍先個人コード	転籍先所属コード
	(和暦) 年 月				

その他
 (脱退取消・加入取消など)

〈ご契約者へのお願い〉

下欄の「通知日」は、ご契約者が必ずご記入ください。死亡保険金受取人の変更は、当通知書が保険会社に到着した時点で、通知を発信した日（通知日）にさかのぼって効力が生じます。

必ずご記入ください → 通知日 (和暦) 年 月 日

契約者 以下のとおり、被保険者内容の変更を通知します。
電設福利共済会 様

事業所・所属名 様

死亡保険金受取人を変更する場合は、必ず被保険者ご本人がご署名のうえ、変更後内容をご記入ください。

被保険者自署（漢字フルネーム）	死亡保険金受取人の変更日について	
死亡保険金受取人を下記内容に変更します。なお、別紙の「個人情報のお取り扱いについて」の内容についても、受取人とともに同意します。	死亡保険金受取人の変更は、当通知書が保険会社に到着した時点で、ご契約者（団体）が通知を発信した日（通知日）にさかのぼって効力が生じます。	
変更後 死亡保険金受取人（カナ）	続柄	受取割合
セイ	配偶者 父母 子 孫 祖父母 兄弟姉妹	100%

次の保険商品は、死亡保険金受取人（3大疾病保険金受取人）の変更ができません。
 ・団体定期保険、無配当団体定期保険の子ども特約
 ・団体3大疾病保障保険（ホスピタV）
 ・医療保障保険（団体型）の家族特約

住友生命使用欄		
点検印	インプット印	受付印

【個人情報のお取扱いについて】

この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者（被保険者）の個人情報（氏名、性別、生年月日、健康状態等）および受取人の氏名・続柄を団体（契約者）が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。

生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供（関連会社・提携会社を含む）、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。

なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。

また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。

（注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

被保険者内容変更通知書の記入要領

記入内容を訂正または抹消されるときは、=（二重線）を引いてください。
 死亡保険金受取人欄を訂正または抹消されるときは、被保険者の訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印を押印してください。

1 通知日をご記入ください。
 ※ご契約者が必ずご記入ください。死亡保険金受取人の変更は、当通知書が保険会社に到着した時点で、通知を発信した日（通知日）にさかのぼって効力が生じます。

2 契約者名をご記入ください。

3 証券番号・収納番号をご記入ください。
 ※医療保障保険（団体型）のときは、収納番号は不要です。

4 被保険者番号（または個人コード）・被保険者名（カナ）・家族区分・子ども番号をご記入ください。
 ※変更事由が「被保険者名の変更」の場合、本欄には旧の被保険者名をご記入ください。

5 変更・訂正する項目のみご記入ください。

6 死亡保険金受取人を変更する場合は、必ず被保険者ご本人がご署名のうえ、変更後内容をご記入ください。

団体型定期保険・無配当団体型定期保険
 団体3大疾病保障保険（ホスピタV） 被保険者内容変更通知書
 医療保障保険（団体型）
 住友生命保険相互会社 行

3 証券番号 510123456 収納番号 00000001
医療保障保険（団体型）は記入不要

4 必ずご記入ください。
 被保険者番号（11桁）または 個人コード (旧) 被保険者名（カナ） 家族区分 子ども番号
 123456 セイ メイ 本人 配偶者 子ども
 スミセイ タロウ

5 変更・訂正がある項目のみ、新内容をご記入ください。

変更後 被保険者名（カナ）	性別	生年月日
セイ メイ	[男] (和暦) 昭和 58年 1月 15日	
個人コード	所属コード	所属コード変更年月 (和暦) 年 月

6 死亡保険金受取人を変更する場合は、必ず被保険者ご本人がご署名のうえ、変更後内容をご記入ください。

被保険者自署（漢字フルネーム）		死亡保険金受取人（カナ）		続柄	受取割合
住生 太郎		セイ メイ	スミセイ ハナコ	[父] 母	100%

死亡保険金受取人の変更は、当通知書が保険会社に到着した時点で、ご契約者が通知を発信した日（通知日）にさかのぼって効力が生じます。

次 の 保 険 商 品 は、死 亡 保 険 金 受 取 人（3大疾病保障保険金受取人）の変更ができません。
 ・ 団 体 定 期 保 険、無 配 当 団 体 定 期 保 険 の ご 特 約
 ・ 団 体 3大 疾 病 保 障 保 険（ホスピタV）
 ・ 医 療 保 障 保 険（団 体 型）の 家 族 特 約

5 親子結合契約かつ保険料をそれぞれの会社から払い込まれている場合で、会社間で被保険者の転出・転入が発生した際にご記入ください。

転籍	転籍年月 (和暦) 年 月	転籍先収納（証券）番号	転籍先団体名	転籍先個人コード	転籍先所属コード

その他 (脱退取消・加入取消など)

住友生命使用欄
 点検印 インプリント印 受付印


団体保険契約室 2021.1 保存⑩

（ご契約者へのお願ひ）
 下欄の「通知日」は、ご契約者が必ずご記入ください。死亡保険金受取人の変更は、当通知書が保険会社に到着した時点で、通知を発信した日（通知日）にさかのぼって効力が生じます。

必ずご記入ください **1** 通知日 (和暦) 令和00年 1月 22日
 契約者 00株式会社 以下のとおり、被保険者内容の変更を通知します。
 事業所・所属名

6 死亡保険金受取人を変更する場合は、必ず被保険者ご本人がご署名のうえ、変更後内容をご記入ください。

被保険者自署（漢字フルネーム）		死亡保険金受取人（カナ）		続柄	受取割合
住生 太郎		セイ メイ	スミセイ ハナコ	[父] 母	100%

■お問合わせ先
 ご不明な点がございましたらお問い合わせください。
 スミセイフリーダイヤル(団体保険契約室)
 0120-307282
 月～金曜日（祝日・12月31日～1月3日を除く） 午前9時～午後5時