

住所・連絡先の変更、および解約については、本変更依頼書でご連絡をお願い致します。

東京都社会福祉協議会 団体保険制度 契約内容変更依頼書

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

1. 変更の対象となる制度

社会後見人型後見人に関わる損害保険

加入者番号

住所	(〒 -)		
氏名	(フリガナ)	連絡先	TEL: - - FAX: - -
	(印)		

2. 下記の通り、契約内容の変更を通知します。

変更事項	変更内容	
<input type="checkbox"/> 住所・連絡先変更 <input type="checkbox"/> 解約 <input type="checkbox"/> その他の変更	変更依頼日	年 月 日
	変更内容を具体的に記載してください。	

3. 解約等により保険料が返還となる場合は、以下口座記入欄に振込先口座をご記入ください。

金融機関	フリガナ	銀行 信金 農協 信託 信組 労金	フリガナ	本店 支店
口座種類	普通 当座	口座番号		
口座名義	フリガナ			

使代 用理 欄店	変更受付日	年 月 日	部店・担当店	公務1・東京公務課(1333)	受付印
			取扱代理店	東京福祉企画(0529)	

【別紙】 (オプション1「総合生活保険(傷害補償)」にご加入の場合のみご提出ください)

オプション1「総合生活保険(傷害補償)」にご加入の場合は、下記全ての項目をご記入、内容に間違いのないことを確認しご署名・ご捺印のうえ「契約内容変更依頼書」と併せて代理店東京福祉企画までご提出をお願い致します。

生年月日	: 西暦	年	月	日
性別	:			
職業コード	:			
職種級別	:			
(社会貢献型後見人の場合は、職業コードは「06」、職種級別は「A」をご記入ください。)				

総合生活保険(傷害補償)告知

以下の項目をご確認のうえ、ご自身のご意向に沿った商品内容になっている場合は、「確認しました」に☑をつけてください。

- 今回ご加入いただく保険は、以下の点でご意向に沿っていますか。
保険金をお支払いする主な場合・保険期間・保険の対象となる方・保険金額、免責期間、免責金額、保険料・保険料払込方法
- 「他の保険契約等」は正しく告知されていますか。
- その他の項目は正しく入力されていますか。
- 個人情報の取扱いに関するご案内を確認しましたか。

確認しました <input type="checkbox"/>

他の保険契約等

- 他の保険契約がない場合は、以下の「他の保険契約はない」に☑をつけてください。

他の保険契約はない <input type="checkbox"/>

- 他の保険契約がある場合は、以下項目をご記入ください。

【保険契約①】	【保険契約②】
①保険会社名 :	①保険会社名 :
②保険等の種類 :	②保険等の種類 :
③満期日 :	③満期日 :
④支払限度額 :	④支払限度額 :

ご署名 : _____ 

【書類送付先】

有限会社東京福祉企画 (担当: 金沢) 宛

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 1-2 研究社英語センタービル 3 階

Tel : 03-3268-0910 Fax : 03-3268-8832 Mail : kanazawa@tcs.w.tvac.or.jp