

全国町村議会議員 団体補償制度

変更・脱退通知書 (保存版)

— 傷害総合保険 —
ケガの保険

損害保険ジャパン株式会社 御中

申込人は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

※議員・職員のみいずれかに○印をつけてください。

都道府県名		所属議会の 町村(市)名		総務省地方公共 団体コード(5桁)					議員 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/>
住所	(フリガナ)								
加入者名	(フリガナ)						加入者ご署名またはご捺印	①	
記入者名 (加入者死亡の 場合)	(フリガナ)						記入者ご署名またはご捺印	②	

(注)1枚目1押印ください

「死亡による脱退」の場合、加入者名・記入者名を記入し、記入者の押印が必要です。

【加入者氏名・住所等の変更】

変更日	年 月 日
-----	-------

変更事項	変更後の内容
① 新氏名	(フリガナ)
② 新住所	〒 (フリガナ) TEL () 携帯 ()
③ 加入タイプ	<input type="checkbox"/> 本人型から夫婦型への変更 <input type="checkbox"/> 夫婦型から本人型への変更
④ 再就職	<input type="checkbox"/> 再就職により退職者から現職者へ区分変更 (現職者から退職者への区分変更は、退職者継続加入申込書(様式4)をご利用ください。)

【ご契約の任意脱退・被保険者(補償の対象になる方)の死亡脱退】

脱退事由	脱退日
① 脱退	年7月1日補償開始日より
② 傷害死亡による脱退	年 月 日死亡
③ 疾病死亡による脱退	

疾病死亡による解約のみ解約返戻金をお支払いしますので、疾病死亡解約返戻金の振込口座をご記入ください。ただし6月に疾病死亡された場合は解約返戻金はありませんので返戻金振込先欄への記入は不要です。

疾病死亡解約返戻金振込先

金融機関名	支店名	預金種目	店番号	口座番号
銀行 信用金庫 信託銀行 信用組合 農協 労金	支店	普通 当座		
口座名義	加入者との続柄	口座名義人の連絡先		
(フリガナ)		電話番号	住所	
		()		

町村(市)議会議務局
担当者名

保険会社提出用