

全日本印刷工業組合連合会共済センター
～生命共済 ライフピア～
申込書・通知書記入要領

【必要書類】

1. 新規加入（事業所が新規に加入する場合）	加入申込書兼告知書 被保険者告知票(健康状態の告知が「いいえ」の場合必須) 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書
2. 中途加入（事業所はすでに加入、被保険者の追加の場合） 3. 保険金額変更	加入申込書兼告知書 被保険者告知票(健康状態の告知が「いいえ」の場合必須)
4. 脱退・被保険者または保険金受取人の訂正変更時	脱退（死亡）・訂正通知書
5. 口座変更	預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書
6. 住所変更・代表者名変更	住所契約者名変更依頼票

【※注意※】それぞれの記入要領には下記のような形で記載いただく方を明示させて載せております。

(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組
----------	----------	---------

(1) 被保険者様：ご本人様記入箇所

(2) 各事業所：各事業所記入箇所＋(1) 被保険者様記入箇所の不備チェック

(3) 各工組：各工組記入箇所＋(1) 被保険者様(2) 各事業所記入箇所の不備チェック

各工組は書類の不備を確認し、必要書類すべてそろえた上で、東京海上日動火災保険（株）にご提出をお願いいたします。

※ 各申込書・通知書の締切スケジュールにつきましては各工組にてご確認ください。

【ご提出先】

東京海上日動火災保険株式会社 広域法人部・団体協同組織室9F
〒102-0075 東京都千代田区三番町6-4

【ご照会先】 ※ご不明な点は全印工連へご照会をお願いいたします。

全日本印刷工業組合連合会
〒104-0041 東京都中央区新富1-16-8 日本印刷会館4F
TEL:03-3552-4571

※ 別途、保険金・給付金請求につきましてのご提出・お問い合わせは全印工連へお願いいたします。

【2022年4月～2023年3月 書類締切スケジュール】

■新規加入

該当月	県工組書類必着（毎月5日）	
	東京海上日動書類必着（毎月15日）	
2022年4月 6月加入	5日（火）	15日（金）
5月 7月加入	6日（金）	16日（月）
	6日（月）	15日（水）
6月 8月加入	5日（火）	15日（金）
	5日（金）	15日（月）
9月 11月加入	5日（月）	15日（木）
	5日（水）	14日（金）
11月 2023年1月加入	7日（月）	15日（火）
	5日（月）	15日（木）
2023年1月 3月加入	5日（木）	16日（月）
	6日（月）	15日（水）
3月 5月加入	6日（月）	15日（水）

■脱退

該当月	県工組書類必着（毎月20日）	
	東京海上日動書類必着（毎月30日）	
2022/4/1 6月脱退	20日（水）	28日（木）
5月 7月脱退	20日（金）	30日（月）
	20日（月）	30日（木）
7月 9月脱退	20日（水）	29日（金）
	22日（月）	31日（水）
9月 11月脱退	20日（火）	30日（金）
	20日（木）	31日（月）
11月 2023年1月脱退	21日（月）	30日（水）
	20日（火）	30日（金）
2023/1/1 3月脱退	20日（金）	31日（火）
	20日（月）	28日（火）
3月 5月脱退	20日（月）	31日（金）

■書類不備・エラー対応最終締切

加入・脱退分	※締切日を過ぎた場合は、翌月扱いになります。
2022年4月 加入・脱退分	3月18日（金）までに不備回答
5月 加入・脱退分	4月18日（月）までに不備回答
6月 加入・脱退分	5月18日（水）までに不備回答
7月 加入・脱退分	6月17日（金）までに不備回答
8月 加入・脱退分	7月15日（金）までに不備回答
9月 加入・脱退分	8月18日（木）までに不備回答
10月 加入・脱退分	9月16日（金）までに不備回答
11月 加入・脱退分	10月18日（火）までに不備回答
12月 加入・脱退分	11月18日（金）までに不備回答
2023年1月 加入・脱退分	12月16日（金）までに不備回答
2月 加入・脱退分	1月18日（水）までに不備回答
3月 加入・脱退分	2月17日（金）までに不備回答

[illegible][illegible]

*1 被保険者印は㊟の被保険者同意印

*2 生年月日による加入限度額があるので、企業負担していただけない場合に個人負担で契約できる方は限られます。また、個人負担加入者のみ配偶者の加入が認められていますので、配偶者を加入対象とした場合は個人負担を選択してください。

*3 既加入者で変更の場合は申し込み保険金額は「現」に現在加入している保険金額を記入、「新」に新たに変更した後の保険金額を記入

*4 2～5に該当しない場合は設定不可

*5 保険金額を増額する場合も「いいえ」の場合は別途告知書提出

★ 被保険者名簿にて確認ができます。ご不明な場合は所属の工組へご確認ください。

★ 被保険者名簿にて確認ができます。ご不明な場合は所属の工組へご確認ください。

【被保険者告知書】

総合福祉団体定期保険・団体定期保険

被保険者告知票

① 団体名

全日本印刷工業組合連合会共済センター

② 証券番号

タXXXXXX

③ 管理番号1

XX

④ 管理番号2

XX

⑤ 被保険者番号

XXXXXXXXXX

※必ず被保険者ご本人様が、すべての項目を正確にもれなくご記入ください。
(被保険者が15歳以上の場合は、親権者・後見人による代筆はできません。)
※ご提出いただいた告知票は、ご返却いたしません。

被保険者記入欄

西暦 (必ずご記入ください)
告知日 (ご記入日) 20XX年XX月XX日

フリガナ ○○○○ ○○○○

被保険者氏名 (自署) ●●●●

生年月日 XX年XX月XX日 性別 男・女

親権者・後見人の署名 (被保険者が満15歳未満の場合は親権者・後見人がご署名ください) ○○○○ ○○○○

被保険者様の印鑑でご捺印ください。(認印でも可) 印

いずれかに○

告知事項

1 最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。 (いい) (はい)

2 過去1年以内に、病気やケガで初診日から最終受診日まで2週間以上の期間にわたり、医師の診察・検査・治療を受けたこと(※1)、または2週間分以上の投薬を受けたことがありますか。 ※1入院した期間を含みます。 (いい) (はい)

3 過去1年以内に、病気やケガで手術(※2)を受けたことがありますか。 ※2内視鏡手術、日帰り手術を含みます。 (いい) (はい)

4 現在、以下の①～③のいずれかがありますか。
①視力(※3)・聴力・言語・そしゃく機能の障がい
②手・足・指の欠損または機能の障がい
③背骨(脊柱)の変形または障がい
※3 左右いずれかの視力が矯正しても0.3以下の場合をいいます。 (いい) (はい)

詳細告知欄

病気やケガの名前・部位・検査名 (該当する告知事項)

診療・検査・治療・投薬の期間 [年 月] から [年 月] まで (か月おき)

入院時期・期間 [無 (有)] → [年 月] から [年 月] 日間

手術時期・手術名・部位 [無 (有)] → [年 月] から [年 月] 日間

原因・治療内容・薬剤名・検査結果・経過など

現在の状況 治療中 経過観察中 [年 月]

高血圧、脂質異常症(高脂血症)、高尿酸血症・痛風、肝機能異常、糖尿病の場合、下欄の該当告知について直近の「医療機関での測定値・詳細」「測定時期」「測定医療機関名」をすべてご記入ください。*自己測定値ではなく医療機関での測定値をご記入ください。

医療機関での直近の測定値・詳細

高血圧

脂質異常症(高脂血症)

高尿酸血症・痛風

肝機能異常

糖尿病

※高血圧で通院中の場合は6か月以内の測定値を記入

中性脂肪(TG) [mg/dl]

LDLコレステロール [mg/dl]

尿酸(UA) [mg/dl]

GOT(AST) IU/l

HbA1c [%]

最大血圧/最小血圧 [mmHg]

総コレステロール [mg/dl]

GPT(ALT) IU/l

空腹時血糖値 [mg/dl]

γ-GTP IU/l

測定時期 [年 月]

測定医療機関名 [年 月]

記入もれはございませんか？
再度、ご確認ください。

・被保険者氏名・フリガナ・生年月日・性別は正しくご記入されていますか？
・告知日は記入日の日付となっていますか？
・告知事項すべてに○もれはありませんか？
・<「はい」に該当する場合>「詳細告知」のご記入はされていますか？

A80-10070(7) 改定 202101

記入上の注意点

訂正する場合

記入内容を訂正する場合は、該当箇所を二重線で訂正のうえ、被保険者の印鑑を押印してください。
修正液や消しゴムでの訂正は行わないでください。
※被保険者氏名欄に押印済みのものと同一の印で押印してください。

総合福祉団体定期保険・団体定期保険

被保険者告知票

被保険者氏名

生保商事株式会社

告知日

20XX年XX月XX日

フリガナ

セイダイ コシオ

被保険者氏名 (自署)

生命 良男

生年月日

XX年XX月XX日

性別

男

親権者・後見人の署名

○

1 最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。 (いい) (はい)

2 過去1年以内に、病気やケガで初診日から最終受診日まで2週間以上の期間にわたり、医師の診察・検査・治療を受けたこと(※1)、または2週間分以上の投薬を受けたことがありますか。 ※1入院した期間を含みます。 (いい) (はい)

3 過去1年以内に、病気やケガで手術(※2)を受けたことがありますか。 ※2内視鏡手術、日帰り手術を含みます。 (いい) (はい)

4 現在、以下の①～③のいずれかがありますか。
①視力(※3)・聴力・言語・そしゃく機能の障がい
②手・足・指の欠損または機能の障がい
③背骨(脊柱)の変形または障がい
※3 左右いずれかの視力が矯正しても0.3以下の場合をいいます。 (いい) (はい)

詳細告知欄

病気やケガの名前・部位・検査名 (該当する告知事項)

診療・検査・治療・投薬の期間 [年 月] から [年 月] まで (か月おき)

入院時期・期間 [無 (有)] → [年 月] から [年 月] 日間

手術時期・手術名・部位 [無 (有)] → [年 月] から [年 月] 日間

原因・治療内容・薬剤名・検査結果・経過など

現在の状況 治療中 経過観察中 [年 月]

高血圧、脂質異常症(高脂血症)、高尿酸血症・痛風、肝機能異常、糖尿病の場合、下欄の該当告知について直近の「医療機関での測定値・詳細」「測定時期」「測定医療機関名」をすべてご記入ください。*自己測定値ではなく医療機関での測定値をご記入ください。

医療機関での直近の測定値・詳細

高血圧

脂質異常症(高脂血症)

高尿酸血症・痛風

肝機能異常

糖尿病

※高血圧で通院中の場合は6か月以内の測定値を記入

中性脂肪(TG) [mg/dl]

LDLコレステロール [mg/dl]

尿酸(UA) [mg/dl]

GOT(AST) IU/l

HbA1c [%]

最大血圧/最小血圧 [mmHg]

総コレステロール [mg/dl]

GPT(ALT) IU/l

空腹時血糖値 [mg/dl]

γ-GTP IU/l

測定時期 [年 月]

測定医療機関名 [年 月]

記入もれはございませんか？
再度、ご確認ください。

・被保険者氏名・フリガナ・生年月日・性別は正しくご記入されていますか？
・告知日は記入日の日付となっていますか？
・告知事項すべてに○もれはありませんか？
・<「はい」に該当する場合>「詳細告知」のご記入はされていますか？

A80-10070(7) 改定 202101

用語の解説

用語

解説

診 察

診察とは、病気の有無や病状などを判断するために、医師が患者に質問したり、からだを調べたりすることをいいます。経過観察のための診察も該当します。

手 術

開腹術などのように患部を切開し病巣を摘出する手術のほか、内視鏡(ファイバースコープ)・カテーテル・レーザーによる手術、体外衝撃波結石破砕術(ESWL)、帝王切開も含みます。

投 薬

医師が薬を処方することをいいます。

※告知書につきましては、帳票が変わる場合がございます。常に全印工連から配布される最新の帳票をご使用ください。

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
①団体名	「全日本印刷工業組合連合会共済センター」と記入			不要
②証券番号	記入不要	記入不要	記入不要	
③管理番号1 ★		事業所コード記入		不要
④管理番号2 ★		県コード記入		不要
⑤被保険者番号	東京海上日動火災(株)で入力するため記入不要	東京海上日動火災(株)で入力するため記入不要	東京海上日動火災(株)で入力するため記入不要	
⑥告知日	記入日を記入			被保険者印*1
⑦被保険者氏名	漢字で記入(申込書と同一印鑑で捺印)			被保険者印*1
⑧生年月日/性別	和暦で記入/いずれかに○			被保険者印*1
⑨親権者・後見人の署名	被保険者が満15歳未満の場合署名が必須			被保険者印*1

※各告知事項の「はい」「いいえ」区分に訂正が入る場合は、申込書と同様の被保険者印を訂正印としてください。

★ 被保険者名簿にて確認ができます。ご不明な場合は所属の工組へご確認ください。

*1被保険者印は申込書に捺印の同意印

【追加告知・告知訂正書】

生保

団体保険

追加告知・告知訂正書

(あんしん生命提出用)

①
契り
記入欄

団体名	全日本印刷工業組合連合会共済センター	
証券番号	タ	X X X X X X X X X X X X X X
管理番号 1	X X X	管理番号 2 X X [] [] [] []
被保険者番号	X X X X X X X X X X X X X X	

- 必ず(被)ご本人様が、該当項目15歳以上の場合、親権(被)「記入ください。による代筆はできません。」返却いたしません。

被保険者記入欄

⑥ ご記入日	(西暦) 20XX年 X月 X日
フリガナ	O O O O O O O O
⑦ 被保険者氏名	[印] 様 (先の告知時の印と同じの印を押印してください)
⑧ 親権者・後見人の署名 (被保険者が満15歳未満の場合は親権者・後見人がご署名ください。)	[印] 様

注意事項

- ・告知内容の追加・訂正により「はい」に該当する場合は、その具体的内容を詳細告知欄にご記入ください。
- ・ぜんそくの告知を詳細告知欄に記入する場合は、「追加告知書(ぜんそく専用)」もあわせてご利用ください。

告知書の記入もれ等の通知・訂正

『告知内容』の告知事項番号は、『総合福祉団体定期保証定期保険 被保険者告知票』もしくは『団体信用生命保険書兼告知書』の控をご確認のうえ告知事項の番号をご覧ください。控がお手元ない場合、裏面に記載の質問事項を確認のうえ、『記号』をご記入ください。

⑨ 生年月日	昭和(平成)令和[]年[]月[]日が正当
告知日	西暦 20[]年[]月[]日が正当
告知内容	告知事項番号() はいえ はい
	告知事項番号() はいえ はい
	告知事項番号() はいえ はい

詳細告知欄

「はい」に該当した場合にご記入ください。

病気やケガの名前・部位・検査名	
診察・検査・治療・投薬の期間	[]年[]月から[]年[]月まで(か月おき)
入院時期・期間	(病)否=[]年[]月から[]日間
手術時期 手術名・部位	(病)否=[]年[]月 手術名・部位
原因・治療内容・薬剤名・検査結果・経過など	
現在の状況	治療中 経過観察中 完治=[]年[]月

告知書1〜4記載

高血圧、脂質異常症(高脂血症)、高原酸血症・痛風、肝臓機能異常、糖尿病の告知がある場合、下欄の該当告知について直近の「医療機関での測定値・詳細」「測定時期」「測定医療機関名」をすべてご記入ください。 *自己測定ではなく医療機関での測定値をご記入ください。

	高血圧	脂質異常症(高脂血症)	高原酸血症・痛風
--	-----	-------------	----------

医療機関での直近の測定値・詳細	最大(収縮期)血圧 [mmHg] 最小(拡張期)血圧 [mmHg]	LDLコレステロール [mg/dl] 総コレステロール [mg/dl] 中性脂肪 [mg/dl]	尿酸(UA) [mg/dl]
-----------------	--	---	-----------------

直近の測定時期	[]年[]月	[]年[]月	[]年[]月
---------	----------	----------	----------

測定医療機関名			
---------	--	--	--

	肝臓機能異常	糖尿病
--	--------	-----

医療機関での直近の測定値・詳細	GOT(AST) [IU/l] GPT(ALT) [IU/l] γ-GTP [IU/l]	HbA _{1c} [%] 空腹時血糖値 [mg/dl]
-----------------	---	--

直近の測定時期	[]年[]月	[]年[]月
---------	----------	----------

測定医療機関名		
---------	--	--

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
①団体名	「全日本印刷工業組合連合会共済センター」と記入			不要
②証券番号	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	
③管理番号 1 ★		事業所コード記入		不要
④管理番号 2 ★		県コード記入		不要
⑤被保険者番号	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	
⑥ご記入日	記入日を西暦で記入			被保険者印*1
⑦被保険者氏名	漢字で記入（申込書と同一印鑑で捺印）			被保険者印*1
⑧親権者・後見人の署名	被保険者が満15歳未満の場合署名が必須			被保険者印*1
⑨生年月日/告知日	正当な生年月日/告知日を記入			被保険者印*1

★ 被保険者名簿にて確認ができます。ご不明な場合は所属の工組へご確認ください。

*1被保険者印は申込書に捺印の同意印

被保険者様の印鑑でご捺印ください。

※先の告知時と同一の印鑑

(申込書の被保険者同意印と同一)

告知書にて「生年月日」「告知日」を誤記入してしまった場合

該当項目を記載

【口座振替依頼書】

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収⑩)

金融機関提出用(1枚目)

①銀行・労働金庫
信用金庫・信用組合
農協・漁協

御中

②記入日(西暦) 年 月 日

収納代行会社名 明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)

新規登録 2
変更登録 3

委託団体名 ③全日本印刷工業組合連合会共済センター

④異動コード 2 3 1

適用振替年月日 ⑤ 年 月 日

⑦委託者番号 6 1 0 0 0 0 0 2 2

⑥顧客番号

⑧ゆうちょ銀行

⑨金融機関番号 1 6 6 3 0 1

⑩金融機関お届け印(サイン)

⑪振替日・払込日 12日または27日

⑫住所

電話番号

生年月日(西暦)

契約者および預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)を収納代行会社として、預金口座振替規定および「口座振替・自動払込のしおり」に記載の「個人情報の取扱いについて」に同意のうえ、口座振替を依頼します。

一預金口座振替規定一 ゆうちょ銀行は除く(注1)

1. 貴行(金庫、組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。

2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。

3. この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものととして取扱ってさしつかえありません。

4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。

(注1) ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。
詳しくは、ゆうちょ銀行のホームページをご覧ください。

不備返却事由

1 預金取引なし
2 記載事項等相違
ア. 金融機関番号
イ. 店名
ウ. 店番
エ. 預金種目
オ. 口座番号
カ. 口座名義
(字体相違、代表者名漏れを含む)

3 印鑑相違
4 印鑑不鮮明
5 該当口座なし
6 口座解約済
7 その他理由

検印

印鑑照合

受付印
取扱店日附印

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
①銀行名		銀行名を記入し該当に○		不要
②記入日		口座振替依頼書申込日(記入日)記入		不要
③委託団体名		「全日本印刷工業組合連合会共済センター」と記入		不要
④異動コード		新規登録→2, 変更登録→3記入		不要
⑤適用振替年月日		記入不要	記入不要	
⑥顧客番号★		県コード+事業所コード記入		不要
⑦委託者番号		「6100000022」を記入(固定)		不要
⑧銀行名		銀行名を記入し該当に○		不要
⑨支店名		本店or支店名を記入		不要
⑩預貯金者名		預貯金者名を記入		不要
⑪金融機関お届け印		預貯金者の印鑑を捺印		不要
⑫お申込者		お申込者本人にて記入		不要

★ 被保険者名簿にて確認ができます。ご不明な場合は所属の工組へご確認ください。

全印工連生命共済制度(団体定期保険) 脱退(死亡)・訂正通知書

以下の被保険者に変更がありましたら下記の通知いたします。① 東京海上日動あんしん生命保険株式会社

あて先: 東京海上日動あんしん生命保険株式会社

事業所名 (カナ) (漢字) ①

代表者名 (カナ) (漢字) ②

事業所コード ③ 県コード ④

所属工組 ⑤

支団コード ⑥

所属支団 ⑦

全日本印刷工業組合連合会 共済センター 会長 ○ ○ ○ ○ 団体印

脱退年月 令和 年 月 日 ⑧

死亡(死亡) 訂正が同時に生じた場合には 別々の用紙にてご提出下さい

通知日 令和 年 月 日 ⑨

保険金受取人の変更については、通知者が本通知を発行した「通知受領日」より効力が発生いたします。(保険給付の場合) この通知に付添はしては、すみやかに弊社へご提出下さい。

＜脱退の場合＞ 脱退末日までに東京海上日動あんしん生命に提出されたものの有効年月は翌分となります。

＜訂正・変更の場合＞ 被保険者氏名・性別・生年月日は東京海上日動あんしん生命が書類を受付けた日より変更を必要とします。

脱退区分 ⑩ 死亡・高度障害認定日(死亡・高度障害の方のみ) ⑪

被保険者番号 (必ずご記入下さい) ⑫

被保険者氏名 (カナ) ⑬

脱退区分 ⑭

死亡・高度障害認定日(死亡・高度障害の方のみ) ⑮

県コード・支団コード・事業所コード被保険者番号・区分は、お手許の「被保険者名簿」にもとづきご記入下さい。

死亡保険金受取人が事業主の場合、高度障害保険金受取人は死亡保険金受取人と同一とします。

被保険者 ⑯

訂正・変更区分(数値)(○印) ⑰

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ⑱

変更後の保険金受取人 ⑲

訂正後の生年月日 ⑳

被保険者確認印 ㉑

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㉒

被保険者番号 ㉓

被保険者 ㉔

生年月日 ㉕

訂正・変更区分(数値)(○印) ㉖

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㉗

変更後の保険金受取人 ㉘

訂正後の生年月日 ㉙

被保険者確認印 ㉚

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㉛

被保険者番号 ㉜

被保険者 ㉝

生年月日 ㉞

訂正・変更区分(数値)(○印) ㉟

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㊱

変更後の保険金受取人 ㊲

訂正後の生年月日 ㊳

被保険者確認印 ㊴

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㊵

被保険者番号 ㊶

被保険者 ㊷

生年月日 ㊸

訂正・変更区分(数値)(○印) ㊹

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㊺

変更後の保険金受取人 ㊻

訂正後の生年月日 ㊼

被保険者確認印 ㊽

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㊾

被保険者番号 ㊿

被保険者 ㋀

生年月日 ㋁

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋂

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋃

変更後の保険金受取人 ㋄

訂正後の生年月日 ㋅

被保険者確認印 ㋆

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㋇

被保険者番号 ㋈

被保険者 ㋉

生年月日 ㋊

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋋

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋌

変更後の保険金受取人 ㋍

訂正後の生年月日 ㋎

被保険者確認印 ㋏

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㋐

被保険者番号 ㋑

被保険者 ㋒

生年月日 ㋓

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋔

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋕

変更後の保険金受取人 ㋖

訂正後の生年月日 ㋗

被保険者確認印 ㋘

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㋙

被保険者番号 ㋚

被保険者 ㋛

生年月日 ㋜

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋝

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋞

変更後の保険金受取人 ㋟

訂正後の生年月日 ㋠

被保険者確認印 ㋡

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㋢

被保険者番号 ㋣

被保険者 ㋤

生年月日 ㋥

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋦

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋧

変更後の保険金受取人 ㋨

訂正後の生年月日 ㋩

被保険者確認印 ㋪

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㋫

被保険者番号 ㋬

被保険者 ㋭

生年月日 ㋮

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋯

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋰

変更後の保険金受取人 ㋱

訂正後の生年月日 ㋲

被保険者確認印 ㋳

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㋴

被保険者番号 ㋵

被保険者 ㋶

生年月日 ㋷

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋸

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋹

変更後の保険金受取人 ㋺

訂正後の生年月日 ㋻

被保険者確認印 ㋼

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㋽

被保険者番号 ㋾

被保険者 ㋿

生年月日 ㊀

訂正・変更区分(数値)(○印) ㊁

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㊂

変更後の保険金受取人 ㊃

訂正後の生年月日 ㊄

被保険者確認印 ㊅

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㊆

被保険者番号 ㊇

被保険者 ㊈

生年月日 ㊉

訂正・変更区分(数値)(○印) ㊊

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㊋

変更後の保険金受取人 ㊌

訂正後の生年月日 ㊍

被保険者確認印 ㊎

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㊏

被保険者番号 ㊐

被保険者 ㊑

生年月日 ㊒

訂正・変更区分(数値)(○印) ㊓

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㊔

変更後の保険金受取人 ㊕

訂正後の生年月日 ㊖

被保険者確認印 ㊗

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㊘

被保険者番号 ㊙

被保険者 ㊚

生年月日 ㊛

訂正・変更区分(数値)(○印) ㊜

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㊝

変更後の保険金受取人 ㊞

訂正後の生年月日 ㊟

被保険者確認印 ㊠

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㊡

被保険者番号 ㊢

被保険者 ㊣

生年月日 ㊤

訂正・変更区分(数値)(○印) ㊦

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㊧

変更後の保険金受取人 ㊨

訂正後の生年月日 ㊩

被保険者確認印 ㊪

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㊫

被保険者番号 ㊬

被保険者 ㊭

生年月日 ㊮

訂正・変更区分(数値)(○印) ㊯

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㊰

変更後の保険金受取人 ㊱

訂正後の生年月日 ㊲

被保険者確認印 ㊳

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㊴

被保険者番号 ㊵

被保険者 ㊶

生年月日 ㊷

訂正・変更区分(数値)(○印) ㊸

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㊹

変更後の保険金受取人 ㊺

訂正後の生年月日 ㊻

被保険者確認印 ㊼

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㊽

被保険者番号 ㊾

被保険者 ㊿

生年月日 ㋀

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋁

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋂

変更後の保険金受取人 ㋃

訂正後の生年月日 ㋄

被保険者確認印 ㋅

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㋆

被保険者番号 ㋇

被保険者 ㋈

生年月日 ㋉

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋊

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋋

変更後の保険金受取人 ㋌

訂正後の生年月日 ㋍

被保険者確認印 ㋎

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㋏

被保険者番号 ㋐

被保険者 ㋑

生年月日 ㋒

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋓

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋔

変更後の保険金受取人 ㋕

訂正後の生年月日 ㋖

被保険者確認印 ㋗

被保険者または保険金受取人の訂正・変更 ㋘

被保険者番号 ㋙

被保険者 ㋚

生年月日 ㋛

訂正・変更区分(数値)(○印) ㋜

訂正(改訂)後の被保険者名または変更後の保険金受取人名 ㋝

変更後の保険金受取人 ㋞

訂正後の生年月日 ㋟

被

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
①事業所・代表者		事業所、代表者名記載の上、 事業所の代表者役職印（公印）を押印		不要
②事業所コード ★		事業所にて記入		不要
③県コード ★		事業所にて記入		不要
④所属工組			工組にて記入の上、工組印を押印	不要
⑤支部コード ★ 所属支部		東京・神奈川・愛知・大阪は支部コードと所属支部の記入が必要	※ 東京・神奈川・愛知・大阪は支部コードと所属支部の記入が必要	不要
⑥異動年月			※ 脱退は脱退月記入、「死亡・高度障害」の場合は記入不要 記入した場合は二重線と訂正印が必要になるので注意	事業所印または工組印
⑦通知発信日		記入日を記入		不要
⑧被保険者番号 ★		被保険者名簿で確認し、記入		不要（訂正時は二重線）
⑨被保険者名*1		カナで記入 登録氏名と記入氏名不一致の際、登録を訂正する場合には別途書類の提出が必要 記載の氏名を訂正する場合→事業所印または県工業組合印が必要		事業所印または工組印
⑩脱退区分		脱退、死亡、高度障害いずれかに○		不要
⑪死亡・高度障害認定日		死亡の場合は死亡日を記入、高度障害の場合は記入不要		不要（訂正時は二重線）

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
⑫被保険者	現在登録している被保険者名をカナで記入			事業所印または工組印
⑬被保険者番号 ★		被保険者名簿で確認し、記入		不要
⑭生年月日	和暦で記入			
⑮訂正・変更区分	該当に○			事業所印または工組印
⑯訂正後の被保険者名 または保険金受取人名	カナで記入			事業所印または工組印
⑰変更後の保険金受取人	該当に○、その他の場合該当コードを記入			事業所印または工組印
⑱訂正後の性別	該当に○			事業所印または工組印
⑲訂正後の生年月日	和暦で記入			事業所印または工組印
㉔被保険者確認印	被保険者印*2			不要

[illegible]

	(1) 被保険者	(2) 各事業所	(3) 各工組	訂正印
① 依頼日			西暦で記入	不要
② 委託団体名担当者			工組名記入の上、工組印押印 + 電話番号記入	不要
③ 適用振替年月日			東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	不要
④ 委託者番号			東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	不要
⑤ 顧客番号			県コード＋事業所コード記入	不要
⑥ ご契約者			変更後の該当箇所すべて記入	不要

※代表者名のみ変更でも、会社名からフルで記入
電話番号や生年月日も変更がある場合のみ記入