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 ※事業所名変更	住所契約者名変更依頼票 ※事業所名変更の場合は「管理番号1申請書」も提出

【※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。

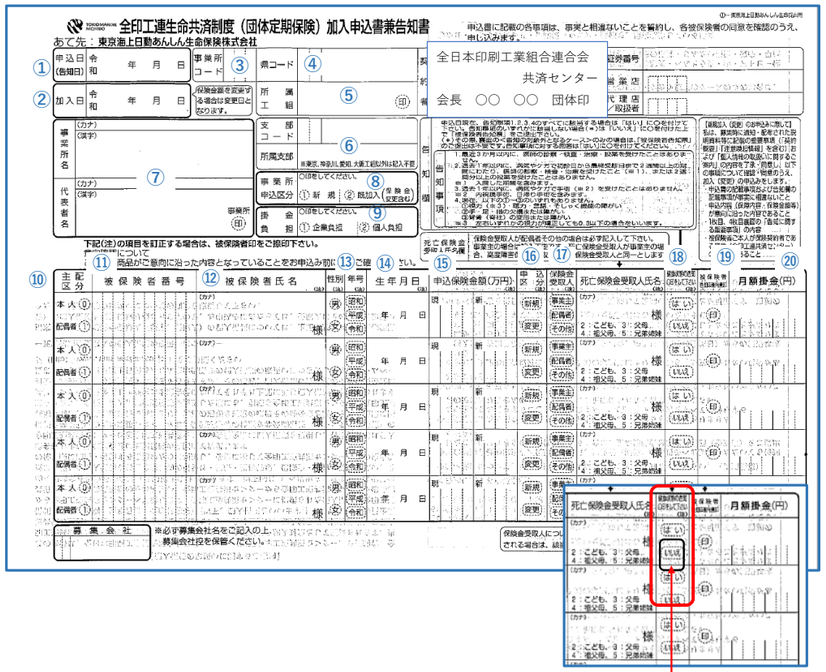
※　各申込書・通知書の締切スケジュールにつきましては各工組にてご確認ください。

【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。

【加入申込書】

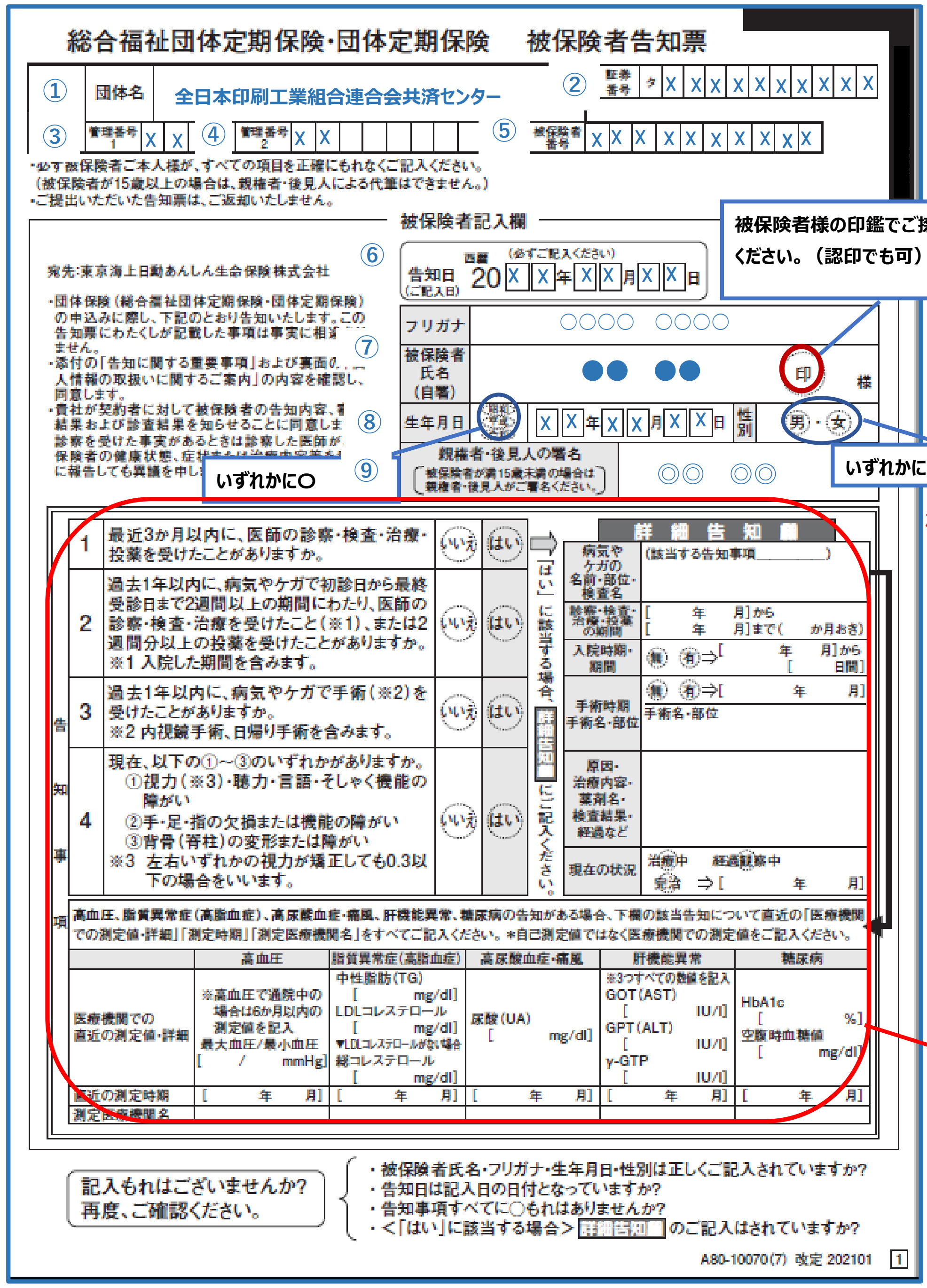


※申込保険金額に変更される際に、死亡保険金受取人も同時に変更される場合、
脱退(死亡)・訂正通知書を同時にご提出お願いします。

	（1）被保険者	（2）各事業所	（3）各工組	訂正印
①申込日(告知日)	記入日を記入			企業負担：事業所印、個人負担：被保険者印*1(全員分)
②加入日		締切の2か月後の日付　※締め切りはスケジュール一覧ご参照ください		企業負担：被保険者印または事業所印または工組印 個人負担：被保険者印*1
③事業所コード ★		既加入の方は記入、新規は東京海上日動火災（株）で採番 口座振替書類の添付も要確認	既加入の方は記入、新規は東京海上日動火災（株）で採番 口座振替書類の添付も要確認	不要
④県コード　★		事業所にて記入		不要
⑤所属工組			工組にて記入の上、工組印を押印	不要
⑥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
⑦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		事業所の代表者役職印（公印）
⑧事業所申込区分		新規は１に○ →「口座振替書」のご提出が必須 既加入は２に○ →変更で増額の場合は告知が必要		不要
⑨掛金負担*2		「企業負担」or「個人負担」にどちらか○ 両方入る場合は別々の申込書で提出		不要
⑩主配区分	「本人」なら０、「配偶者」なら１に○ 配偶者は個人負担のみ加入可			不要
⑪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	
⑫被保険者名	カタカナで記入			原則、被保険者印*1 ただし、企業負担であれば訂正印は事業所印でも可
⑬性別・年号	該当に○			原則、被保険者印*1 ただし、企業負担であれば訂正印は事業所印でも可
⑭生年月日	和暦で記入（西暦は不可）			原則、被保険者印*1 ただし、企業負担であれば訂正印は事業所印でも可
⑮申込保険金額*3	「新」に申し込み保険金額を記入		※ 変更で増額の場合は告知が必要（現・新両方記入）	原則、被保険者印*1 ただし、企業負担であれば訂正印は事業所印でも可
⑯申込区分	新規加入なら新規に○ 既加入で金額の増減の場合は変更に○			原則、被保険者印*1 ただし、企業負担であれば訂正印は事業所印でも可
⑰保険金受取人*4	企業負担契約の場合：事業主、配偶者、その他いずれも可 個人契約の場合：配偶者、その他いずれかに○ その他の場合は2～5の該当に○をつけ、氏名（ｶﾅ）を記入		※ その他の場合は2～5の該当に○をつけ、氏名（ｶﾅ）を記入	原則、被保険者印*1 ただし、企業負担であれば訂正印は事業所印でも可
⑱健康状態の告知*5	告知事項1～4のすべてに該当する場合は「はい」 「いいえ」の場合、別途「告知書」のご提出が必須			被保険者印*1
⑲被保険者の同意印	被保険者の印鑑で捺印（認印《シャチハタ》でも可）			被保険者印*1
⑳月額掛金	パンフレットを参照して記入			不要

*1　被保険者印は⑲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い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
　「減額」の場合は「はい」「いいえ」の記載不要。減額の場合の告知書不要。
*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XXXXXXXXXX
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

宛先：東京海上日動あんしん生命保険株式会社

・団体保険（総合福祉団体定期保険・団体定期保険）の申込みに際し、下記のとおり告知いたします。この告知票にわたくしが記載した事項は事実に相違ありません。
・添付の「告知に関する重要事項」および裏面の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容を確認し、同意します。
・貴社が契約者に対して被保険者の告知内容、査結果および診査結果を知らせることに同意します。診察を受けた事実があるときは診察した医師が、保険者の健康状態、症状または治療内容等を貴社に報告しても異議を申し立てません。

⑥ 告知日（ご記入日）	西暦（必ずご記入ください）20 X X 年 X X 月 X X 日
フリガナ	○○○○　○○○○
⑦ 被保険者氏名（自署）	●●　●●　印　様
⑧ 生年月日	昭和・平成　X X 年 X X 月 X X 日　性別　男・女
⑨ 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）

いずれかに〇

いずれかに〇

告知事項

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

「はい」に該当する場合、詳細告知欄にご記入ください。

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	無　有⇒[　年　月]から [　日間]
手術時期 手術名・部位	無　有⇒[　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]

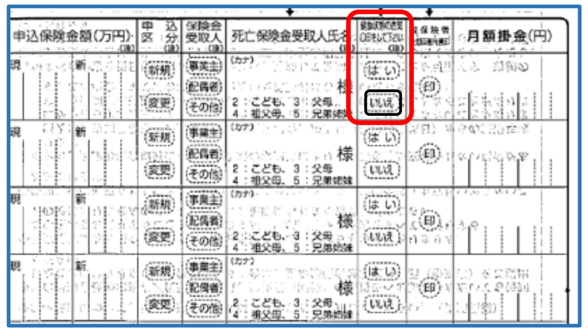
高血圧、脂質異常症（高脂血症）、高尿酸血症・痛風、肝機能異常、糖尿病の告知がある場合、下欄の該当告知について直近の「医療機関での測定値・詳細」「測定時期」「測定医療機関名」をすべてご記入ください。＊自己測定値ではなく医療機関での測定値をご記入ください。

	高血圧	脂質異常症（高脂血症）	高尿酸血症・痛風	肝機能異常	糖尿病
医療機関での直近の測定値・詳細	※高血圧で通院中の場合は6か月以内の測定値を記入 最大血圧/最小血圧 [　/　mmHg]	中性脂肪（TG）[　mg/dl] LDLコレステロール [　mg/dl] ▼LDLコレステロールがない場合 総コレステロール [　mg/dl]	尿酸（UA）[　mg/dl]	※3つすべての数値を記入 GOT（AST）[　IU/l] GPT（ALT）[　IU/l] γ-GTP [　IU/l]	HbA1c [　%] 空腹時血糖値 [　mg/dl]
直近の測定時期	[　年　月]	[　年　月]	[　年　月]	[　年　月]	[　年　月]
測定医療機関名					

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？
・告知事項すべてに〇もれはありませんか？
・＜「はい」に該当する場合＞詳細告知欄のご記入はされていますか？

A80-10070(7) 改定 202101　1

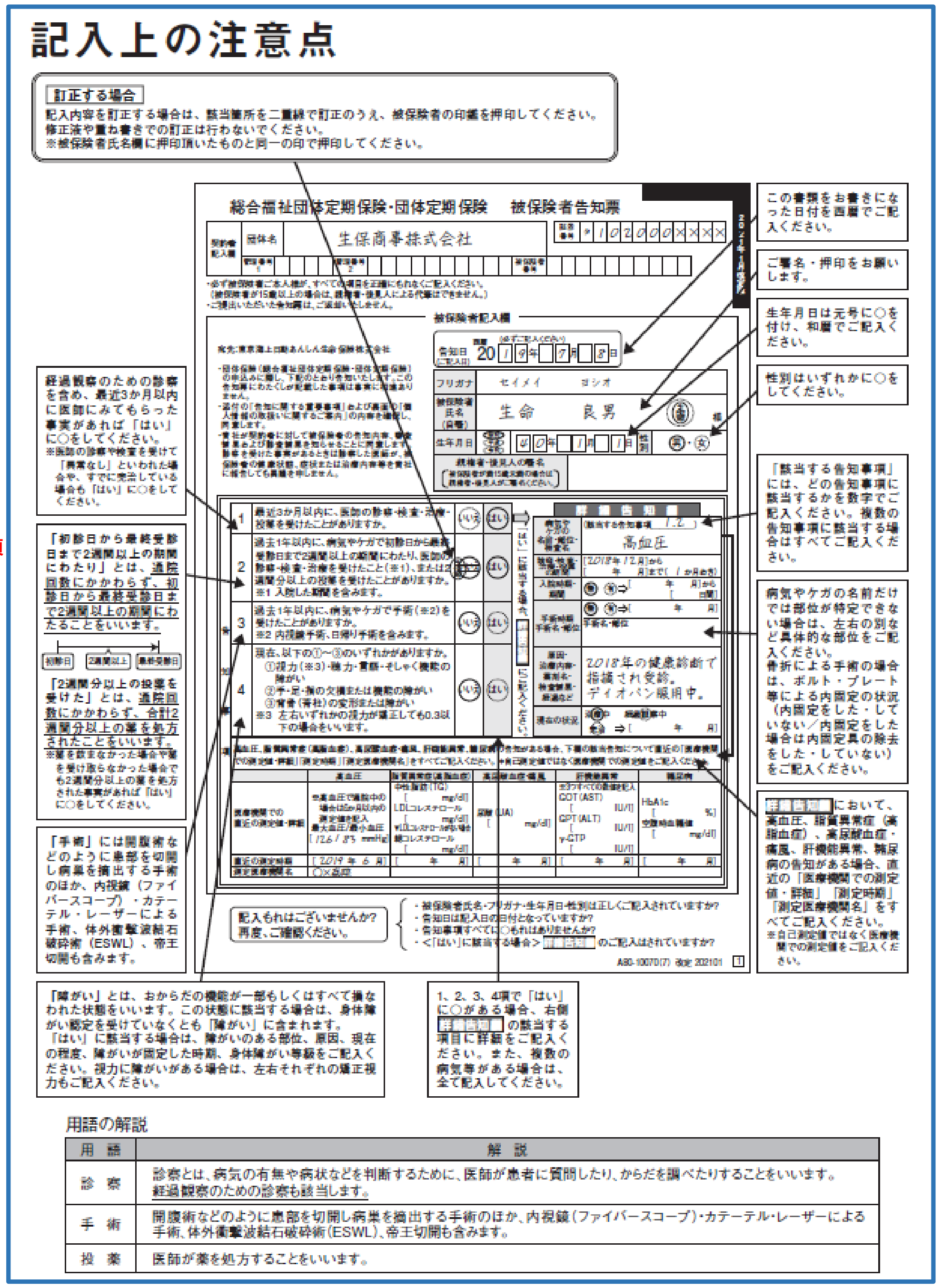
加入申込書兼告知書の健康状態の告知が「いいえ」の場合は本「告知書」提出必須



申込保険金額（万円）	申込区分	保険金受取人	死亡保険金受取人氏名	健康状態の告知	被保険者	月額掛金（円）
現　新	新規・変更	事業主・配偶者・その他	(カナ)　様　2：こども、3：父母、4：祖父母、5：兄弟姉妹	はい・いいえ	印	
現　新	新規・変更	事業主・配偶者・その他	(カナ)　様　2：こども、3：父母、4：祖父母、5：兄弟姉妹	はい・いいえ	印	
現　新	新規・変更	事業主・配偶者・その他	(カナ)　様　2：こども、3：父母、4：祖父母、5：兄弟姉妹	はい・いいえ	印	
現　新	新規・変更	事業主・配偶者・その他	(カナ)　様　2：こども、3：父母、4：祖父母、5：兄弟姉妹	はい・いいえ	印	

告知書を提出後、内容によっては追加告知の提出が必要となる場合があります。
その場合は別途ご連絡をいたします。

右表「記入上の注意」をご参照ください。



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。
修正液や重ね書きでの訂正は行わないでください。
※被保険者氏名欄に押印頂いたものと同一の印で押印してください。

（記入例：総合福祉団体定期保険・団体定期保険　被保険者告知票　団体名 生保商事株式会社　告知日 2019年7月8日　フリガナ セイメイ ヨシオ　被保険者氏名 生命 良男　詳細告知欄：該当する告知事項 1.2　高血圧　[2018年12月]から　2018年の健康診断で指摘され受診。ディオバン服用中。　最大血圧/最小血圧 [126/85 mmHg]　[2019年6月]　〇×医院）

この書類をお書きになった日付を西暦でご記入ください。

ご署名・押印をお願いします。

生年月日は元号に〇を付け、和暦でご記入ください。

性別はいずれかに〇をしてください。

経過観察のための診察を含め、最近3か月以内に医師にみてもらった事実があれば「はい」に〇をしてください。
※医師の診察や検査を受けて「異常なし」といわれた場合や、すでに完治している場合も「はい」に〇をしてください。

「初診日から最終受診日まで2週間以上の期間にわたり」とは、通院回数にかかわらず、初診日から最終受診日まで2週間以上の期間にわたることをいいます。
（初診日 ― 2週間以上 ― 最終受診日）

「2週間分以上の投薬を受けた」とは、通院回数にかかわらず、合計2週間分以上の薬を処方されたことをいいます。
※薬を飲まなかった場合や薬を受け取らなかった場合でも2週間分以上の薬を処方された事実があれば「はい」に〇をしてください。

「手術」には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。

「該当する告知事項」には、どの告知事項に該当するかを数字でご記入ください。複数の告知事項に該当する場合はすべてご記入ください。

病気やケガの名前だけでは部位が特定できない場合は、左右の別など具体的な部位をご記入ください。
骨折による手術の場合は、ボルト・プレート等による内固定の状況（内固定をした・していない／内固定をした場合は内固定具の除去をした・していない）をご記入ください。

詳細告知欄において、高血圧、脂質異常症（高脂血症）、高尿酸血症・痛風、肝機能異常、糖尿病の告知がある場合、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。

「障がい」とは、おからだの機能が一部もしくはすべて損なわれた状態をいいます。この状態に該当する場合は、身体障がい認定を受けていなくとも「障がい」に含まれます。
「はい」に該当する場合は、障がいのある部位、原因、現在の程度、障がいが固定した時期、身体障がい等級をご記入ください。視力に障がいがある場合は、左右それぞれの矯正視力もご記入ください。

1、2、3、4項で「はい」に〇がある場合、右側詳細告知の該当する項目に詳細をご記入ください。また、複数の病気等がある場合は、全て記入してください。

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。

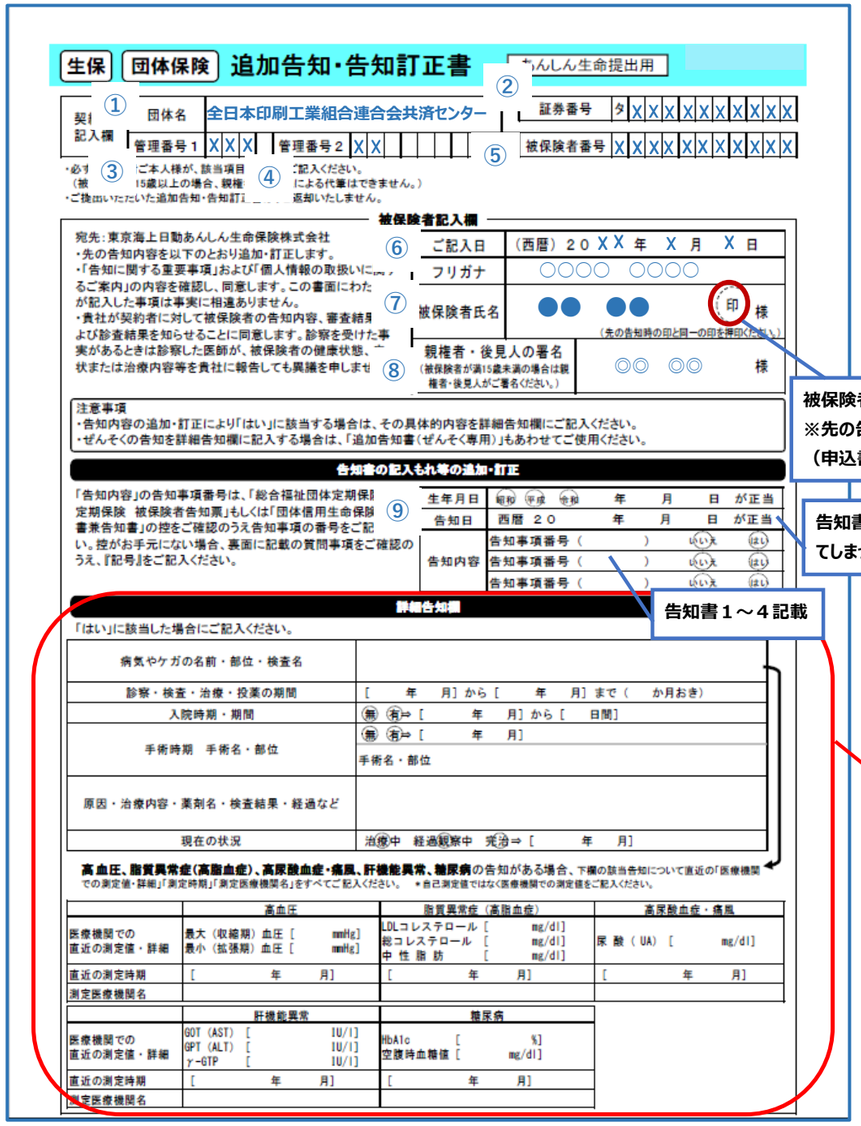
	（1）被保険者	（2）各事業所	（3）各工組	訂正印
①団体名	「全日本印刷工業組合連合会共済センター」と記入			不要
②証券番号	記入不要	記入不要	記入不要	
③管理番号１　★		事業所コード記入		不要
④管理番号２　★		県コード記入		不要
⑤被保険者番号	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	東京海上日動火災（株）で入力するため記入不要	
⑥告知日	記入日を記入			被保険者印*1
⑦被保険者氏名	漢字で記入（申込書と同一印鑑で捺印）			被保険者印*1
⑧生年月日/性別	和暦で記入/いずれかに〇			被保険者印*1
⑨親権者・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。

*1被保険者印は申込書に捺印の同意印

★　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。

【追加告知・告知訂正書】



生保 団体保険 追加告知・告知訂正書 んんしん生命提出用

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XXXXXXXXXXX

管理番号１ XXX 管理番号２ XX ⑤ 被保険者番号 XXXXXXXXXXX

③ ご本人様が、該当項目 ④ ご記入ください。

被保険者記入欄

宛先：東京海上日動あんしん生命保険株式会社

⑥ ご記入日 （西暦）２０XX 年 X 月 X 日

フリガナ ○○○○ ○○○○

⑦ 被保険者氏名 ●● ●● 印 様

（先の告知時の印と同一の印を押印ください。）

⑧ 親権者・後見人の署名 ◎◎ ◎◎ 様

注意事項

告知書の記入もれ等の追加・訂正

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

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。 ＊自己測定値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）	高尿酸血症・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]	HbA1c [%] 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		

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

告知書１～４記載

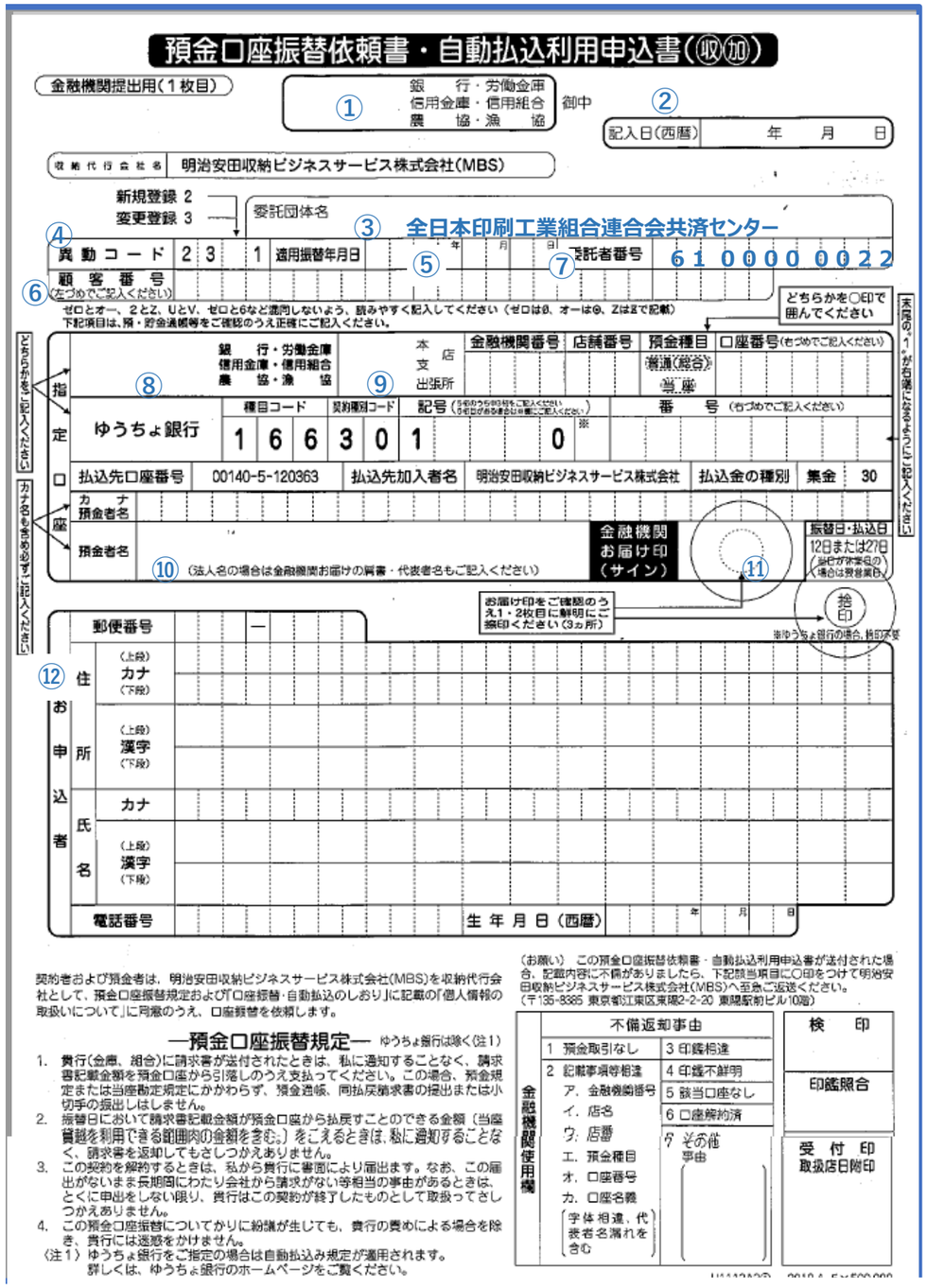
該当項目を記載

	（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

【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（収加）

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 0 2 2

⑥ 顧客番号（左づめでご記入ください）

ゼロとオー、2と2、UとV、ゼロと6など誤認しないよう、読みやすく記入してください（ゼロは0、オーはO、Zは2で記載）
下記項目は、預・貯金通帳等をご確認のうえ正確にご記入ください。

どちらかを○印で囲んでください

太枠の「1」が右端になるように記入ください

どちらかを記入ください

⑧ 銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協

⑨ 本店 支店 出張所

金融機関番号 店舗番号 預金種目 口座番号（右づめでご記入ください）

普通（総合） 当座

指定口座

ゆうちょ銀行

種目コード 1 6 6 契約種別コード 3 0 記号（5桁のうち初1桁をご記入ください。5桁目が0の場合は※欄にご記入ください） 1 0 ※ 番号（右づめでご記入ください）

払込先口座番号 00140-5-120363 払込先加入者名 明治安田収納ビジネスサービス株式会社 払込金の種別 集金 30

カナ預金者名

カナ名もきめ必ずご記入ください

預金者名 ⑩（法人名の場合は金融機関お届けの肩書・代表者名もご記入ください）

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（当日が休業日の場合は翌営業日）

お届け印をご確認のうえ、1・2枚目に鮮明にご捺印ください（3ヵ所）

捨印 ※ゆうちょ銀行の場合、捺印不要

郵便番号 ―

⑫ お申込者 住所 カナ（上段）（下段） 漢字（上段）（下段）

氏名 カナ 漢字（上段）（下段）

電話番号 生年月日（西暦） 年 月 日

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。

—預金口座振替規定— 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。

（お願い） この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、下記該当項目に○印をつけて明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。
（〒135-8385 東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階）

金融機関使用欄

不備返却事由	
1 預金取引なし	3 印鑑相違
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）	4 印鑑不鮮明
	5 該当口座なし
	6 口座解約済
	7 その他 事由（ ）

検印

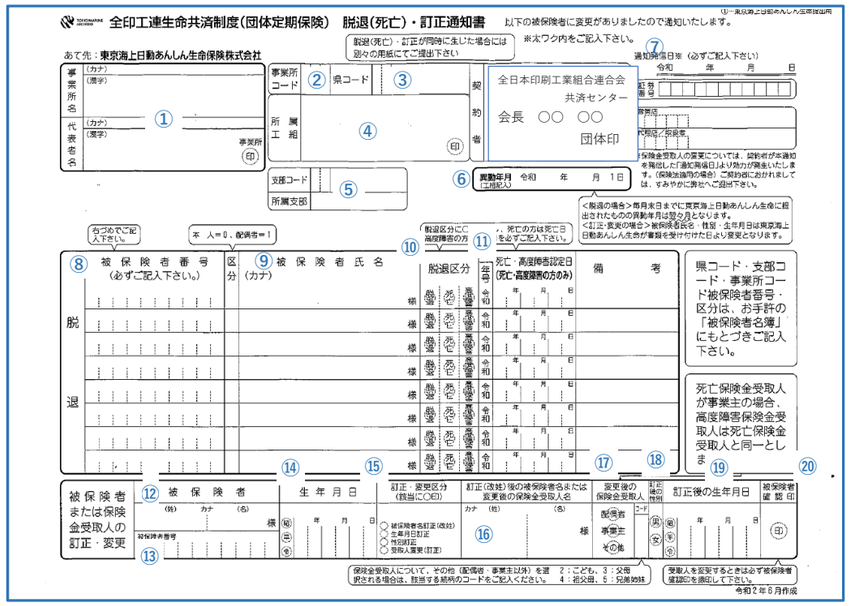
印鑑照合

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。

【脱退（死亡）・訂正通知書】


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ので通知いたします。

あて先：東京海上日動あんしん生命保険株式会社

脱退（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

※太ワク内をご記入下さい。

事業所名（カナ）（漢字）①　代表者名（カナ）（漢字）　事業所印

事業所コード②　県コード③　所属工組④　印

契約者　全日本印刷工業組合連合会　共済センター　会長　○○　○○　団体印

支部コード　所属支部⑤

⑥異動年月　令和　年　月　1日（二桁記入）

⑦通知発信日※（必ずご記入下さい）　令和　年　月　日

記号番号

事業所

代表者名

<脱退の場合>翌月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異動年月は翌々月となります。
<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け付けた日より変更となります。

保険金受取人の変更については、契約者が本通知を発信した「通知発信日」より効力が発生いたします。（保険加入時の場合）ご契約者におかれましては、すみやかに変却へご連絡下さい。

ちづめでご記入下さい。　本人＝0、配偶者＝1

⑧被保険者番号（必ずご記入下さい。）　区分　⑨被保険者氏名（カナ）　⑩脱退区分に○　⑪死亡・高度障害の方は死亡日を必ずご記入下さい。　死亡・高度障害認定日（死亡・高度障害の方のみ）　備考

脱退区分に○　高度障害の方

脱退　様　様　様　様　様　様　様　様

県コード・支部コード・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

⑭　⑮　⑰　⑱　⑲　⑳

被保険者または保険金受取人の訂正・変更

⑫被保険者（旧）カナ（名）　様　⑬被保険者番号

生年月日　訂正・変更区分（該当に○印）　被保険者名訂正（改姓）　生年月日訂正　性別訂正　受取人変更（訂正）

訂正（改姓）後の被保険者名または変更後の保険金受取人名　カナ（名）　様　⑯

変更後の保険金受取人　配偶者　事業主　その他　コード

訂正後の生年月日　年　月　日

被保険者確認印　印

保険金受取人について、その他（配偶者・事業主以外）を選択される場合は、該当する続柄のコードをご記入ください。　2：こども、3：父母　4：祖父母、5：兄弟姉妹

受取人を変更するときは必ず被保険者確認印を頂戴して下さい。

令和2年6月作成

【死亡・脱退】

	（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）

*1　既に脱退済みの方を被保険者名に記載してしまった場合は、氏名の上に二重線、及び該当被保険者の印鑑を訂正印としてご捺印ください

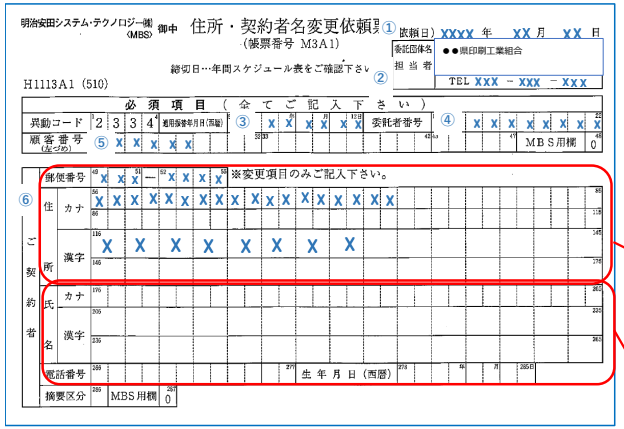
★　被保険者名簿にて確認ができます。ご不明な場合は所属の工組へご確認ください。

【訂正・変更】

	（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
⑳被保険者確認印	被保険者印*2			不要

*2　被保険者印は申込書の被保険者同意印

【住所・契約者名変更依頼書】



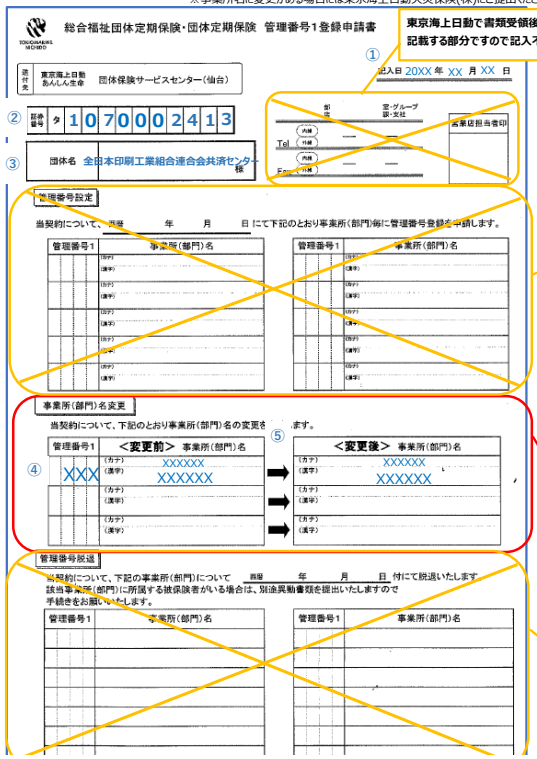
住所変更時記入

契約者名変更時記入
※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

	（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

【管理番号１登録申請書】

※事業所名に変更がある場合には東京海上日動火災保険(株)にご提出ください



東京海上日動で書類受領後
記載する部分ですので記入不要です

使用しません

事業所名変更時記入
※事業所名に変更がある場合には東京海上日動火災保険(株)にご提出ください

使用しません

	（1）被保険者	（2）各事業所	（3）各工組	訂正印
①記入日		記入日を西暦で記入		不要
②証券番号		タ1070002413と記入		不要
③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管理番号１・<変更前>事業所名		変更前の管理番号＝事業所コード 事業所名漢字・カナ記入		不要
⑤<変更後>事業所名		変更後の事業所名漢字・カナ記入		不要